RAPPORT ANNUEL DE GESTION

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Santé
et Services sociaux
Québec

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2005-2006

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Québec

Coordination
Direction générale adjointe de la planification stratégique.

Le présent document peut être consulté à
la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications**
du site Web du ministère de la Santé
et des Services sociaux dont l'adresse est :
www.msss.gouv.qc.ca

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est
maintenant disponible qu'en version électronique.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne
aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2006
Bibliothèque nationale du Canada, 2006
ISBN 13 : 978-2-550-47865-2 (version imprimée)
ISBN 10 : 2-550-47865-7 (version imprimée)
ISBN 13 : 978-2-550-47866-9 (version pdf)
ISBN 10 : 2-550-47866-5 (version pdf)
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée,
à condition que la source soit mentionnée.
© Gouvernement du Québec

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2005-2006

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Message des ministres

Monsieur Michel Bissonnet
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Président,

C'est avec plaisir que nous vous déposons le *Rapport annuel de gestion 2005-2006* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) conformément aux dispositions de la Loi sur l'administration publique.

Le *Rapport annuel de gestion 2005-2006* marque le premier exercice de reddition de comptes découlant du *Plan stratégique 2005-2010*, en fonction des objectifs poursuivis par le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux. De plus, pour une première année, les résultats au regard de la *Déclaration de services aux citoyens*, en vigueur depuis le 1er avril 2005, y sont présentés. Le document expose enfin les données relatives à l'utilisation des ressources et répond aux différentes exigences législatives et gouvernementales en vigueur.

Les résultats présentés dans le *Rapport annuel de gestion 2005-2006* témoignent des efforts déployés ces dernières années pour améliorer la capacité du système de santé et de services sociaux à répondre aux besoins des Québécoises et des Québécois. Les différentes actions entreprises ont permis d'améliorer la prise en charge des personnes et l'accès aux services de première ligne sur une base locale, de consolider l'offre de services psychosociaux, d'augmenter la capacité de production pour les chirurgies, de soutenir la réorganisation du travail, d'accroître la disponibilité de la main-d'œuvre, d'assurer une meilleure qualité des services dans les établissements ainsi que de poursuivre les efforts pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population et soutenir les clientèles plus vulnérables.

Nous profitons de la présentation de ce rapport annuel de gestion pour remercier l'ensemble du personnel du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux. Nous tenons également à souligner la grande contribution de toutes les personnes qui travaillent quotidiennement pour améliorer et offrir des soins ainsi que des services de santé et des services sociaux de qualité à la population québécoise.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Margaret F. Delisle
Ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la Réadaptation

Message du sous-ministre

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Madame Margaret F. Delisle
Ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la Réadaptation

Monsieur le Ministre,
Madame la Ministre déléguée,

Je vous transmets le *Rapport annuel de gestion 2005-2006* qui témoigne des réalisations du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux. Il présente, notamment, les résultats obtenus au regard des objectifs poursuivis dans le *Plan stratégique 2005-2010* et pour lesquels des actions déterminantes ont été accomplies au cours de la dernière année.

De plus, le rapport annuel de gestion comprend une déclaration de la direction du Ministère relativement à la fiabilité des données qui y sont présentées. La validation de l'information a également été effectuée par la Direction de la vérification interne.

Je tiens également à souligner l'engagement démontré par le personnel ministériel tout au long de l'année. En effet, sa contribution permet de faire évoluer les services de santé et les services sociaux vers un réseau de soins et de services à la population de plus en plus accessibles, continus et de qualité.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre et Madame la Ministre déléguée, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Roger Paquet
Sous-ministre

Table des matières

Liste des sigles 13

La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux 15

Le rapport de validation de la vérification interne 17

Partie 1

Le ministère de la Santé et des Services sociaux 19

1.1. La mission 19

1.2. L'organisation administrative 19

1.3. Les organisations régionales 20

1.4. Les établissements 21

1.5. Les ressources complémentaires 21

1.6. Le système de santé et de services sociaux 22

1.7. Les partenaires du domaine sociosanitaire 22

1.8. Les acteurs des autres secteurs d'activité 23

1.9. Les ressources humaines 23

Partie 2

Les faits saillants de l'année 2005-2006 25

2.1. Des modifications législatives importantes 25

2.2. Des réflexions d'envergure sur le système 26

2.3. Des ententes, des événements et des plans d'action 27

Partie 3

Le contexte et les enjeux 29

3.1. Une constante : l'évolution des besoins 29

3.2. Les changements dans l'organisation des services, dans les pratiques professionnelles, dans les technologies et dans les modes de gestion 30

3.3. La croissance des dépenses de santé et de services sociaux 31

Partie 4

La présentation des résultats 33

ENJEU 1

Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes 35

Orientation Améliorer la santé et le bien-être de la population par une action efficace en promotion, en prévention et en protection 35

ENJEU 2

L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables 38

Orientation Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne et réduire l'encombrement des urgences 38

Orientation Améliorer l'accès aux services de chirurgie en vue de réduire les listes d'attente 45

Orientation Offrir un continuum de services pour la lutte contre le cancer et pour les personnes atteintes de maladies chroniques 46

Orientation Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible dans leur communauté 56

Orientation Intervenir de façon précoce, intensive et en continuité, le plus près possible des milieux de vie, afin de prévenir l'aggravation et la récurrence des problèmes d'adaptation sociale des jeunes et des familles 62

Orientation Traiter et soutenir efficacement les jeunes et les adultes ayant un trouble mental ainsi que les personnes présentant un risque suicidaire 69

Orientation Favoriser l'intégration et la participation sociales des personnes présentant une déficience 72

Orientation Agir sur les difficultés d'adaptation sociale des personnes aux prises avec une dépendance à l'alcoolisme et aux autres toxicomanies, y compris le jeu pathologique 78

Orientation Assurer des services de santé et des services sociaux adaptés aux particularités des communautés crie et inuite 80

ENJEU 3

L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services 82

Orientation Améliorer la qualité et assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux 82

Orientation Favoriser l'intégration et la cohérence des actions en matière de médicaments afin d'assurer notamment la viabilité et la pérennité du régime général d'assurance médicaments 87

Orientation Informer la population sur son état de santé et de bien-être et sur les moyens de le maintenir ou de l'améliorer 88

Orientation Assurer la disponibilité de ressources humaines qualifiées 92

Orientation Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles et la circulation de l'information clinique en soutien à l'intégration des services 102

ENJEU 4

La gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux 105

Orientation Assurer une gestion des ressources financières qui respecte le cadre budgétaire du gouvernement et qui est équitable pour toutes les régions du Québec 105

Partie 5

La Déclaration de services aux citoyens 107

5.1. Les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux 107

5.2. Les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec 109

5.3. Les renseignements concernant la Loi sur le tabac et les inspections liées à son application 110

5.4. Les plaintes 112

Partie 6

L'utilisation des ressources 114

6.1. Les ressources humaines 114

6.2. Les ressources financières 117

6.3. Les ressources informationnelles 120

Partie 7

L'application de certaines politiques gouvernementales 122

7.1. L'accès à l'égalité en emploi et le plan d'embauche 122

7.2. L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels 125

7.3. La politique linguistique 126

7.4. L'éthique et la déontologie 126

7.5. Le suivi des recommandations du rapport du Vérificateur général du Québec 127

7.6. L'éthique de la recherche dans le réseau 140

7.7. Le bilan des activités 2005-2006 de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé 141

Annexes

Annexe I Liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux 144

Annexe II Organigramme du Ministère 146

Annexe III Organismes placés sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux 148

Liste des sigles

L'usage des sigles a été privilégié afin de faciliter la lecture.

AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCNU	Centre de coordination nationale sur les urgences
CCS	Centre de communication santé
CH	Centre hospitalier
CHAU	Centre hospitalier affilié universitaire
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CPLT	Comité permanent de lutte à la toxicomanie
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DHCEU	Diplômes en médecine hors du Canada et des États-Unis
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DVI	Direction de la vérification interne
ETC	Équivalent temps complet
ETP	Équivalent temps plein
GMF	Groupe de médecine de famille
ICI	Intervention comportementale intensive
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	Infirmière praticienne spécialisé
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières
PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCR	Réanimation cardio-respiratoire
RGAM	Régime général d'assurance médicaments
RRPE	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RRSSSN	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RSQ	Recrutement Santé Québec
RTSS	Réseau de télécommunications sociosanitaires
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAI	Secrétariat à l'adoption internationale
SGAS	Système informatisé de gestion de l'accès aux services
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS
SIGDU	Système d'information de gestion des départements d'urgence
SLT	Service de lutte contre le tabagisme
SRAS	Symptôme respiratoire aigu sévère
TED	Trouble envahissant du développement
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficence humaine

La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de notre responsabilité. Celle-ci porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, la direction a maintenu des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables, de manière à assurer la réalisation des objectifs fixés dans le *Plan stratégique 2005-2010* et dans la *Déclaration de services aux citoyens*.

De plus, la Direction de la vérification interne a évalué le caractère plausible des résultats, des indicateurs et des explications que contient la section « La présentation des résultats » du rapport annuel de gestion et elle a produit un rapport de validation à ce sujet.

À notre connaissance, l'information[1] présentée dans le rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux, ci-après appelé Ministère, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2006.

Les membres du Comité de direction,

Roger Paquet
Sous-ministre

Michel A. Bureau
Directeur général
Services de santé et médecine universitaire

Louise Montreuil
Sous-ministre adjointe
Planification stratégique, évaluation et qualité

Marie-Josée Guérette
Sous-ministre adjointe
Services sociaux

Jacques Larouche
Sous-ministre adjoint
Personnel réseau et ministériel

Alain Poirier
Directeur national de santé publique
Sous-ministre adjoint
Santé publique

Jacques Cotton
Sous-ministre adjoint
Coordination, financement et équipement

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, le 8 septembre 2006

1. Voir le commentaire relatif à la fiabilité des résultats dans certains secteurs d'activité de la section « La présentation des résultats ».

Le rapport de validation de la vérification interne

Monsieur le Sous-ministre,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et des commentaires que contient la section « La présentation des résultats » du rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2006. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction du Ministère.

Notre responsabilité consiste à évaluer le caractère plausible et la cohérence de l'information, en nous basant sur le travail que nous avons accompli au cours de notre examen.

Notre examen a été effectué conformément aux normes de l'Institut des vérificateurs internes. Les travaux ont consisté à obtenir des renseignements et des pièces justificatives, à mettre en œuvre des procédés analytiques, à colliger l'information sur le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser des calculs et à discuter sur l'information fournie. Notre examen ne constitue pas une vérification.

Comme il est mentionné dans la section « La présentation des résultats » concernant la fiabilité des résultats fournis par les agences, certaines données proviennent de banques d'information centrales qui sont validées plusieurs mois après la fin de l'année financière. En conséquence, nous n'avons pu quantifier les modifications qui seront apportées ultérieurement à des résultats présentés dans ce rapport annuel de gestion. Les résultats concernés par cette remarque sont identifiés lors de leur présentation.

Au terme de notre examen, en considérant le commentaire ci-haut mentionné, nous n'avons rien relevé qui nous porte à croire que l'information contenue dans la section « La présentation des résultats » du rapport annuel de gestion n'est pas, à tous égards importants, plausible et cohérente.

La Direction de la vérification interne,

Viateur Laplante, F. Adm. A.
Directeur

Daniel Paquet, c.a.
Chargé de projet

Cabinet du sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, le 8 septembre 2006

Le ministère de la Santé et des Services sociaux

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), autrefois nommé ministère des Affaires sociales, a été créé le 20 juin 1985, avec l'entrée en vigueur de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le réseau de la santé et des services sociaux est encadré principalement par la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui a subi en 2005-2006 plusieurs modifications d'envergure, notamment des changements au niveau de la gouverne du réseau.

1.1. La mission

Le Ministère a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

En fonction de sa mission, le rôle premier du Ministère est de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux du Québec. Dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, il détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application. Il établit, en outre, les politiques de santé et de services sociaux et voit à leur mise en œuvre et à leur application par les agences de la santé et des services sociaux. Le Ministère évalue également les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

Il peut aussi proposer à l'État et aux autres acteurs sociaux des priorités d'intervention pour agir positivement sur les conditions qui favorisent la santé et le bien-être de la population.

Les lois régissant et encadrant les activités du Ministère sont présentées à l'annexe I.

1.2. L'organisation administrative

Quelques changements ont été apportés à l'organisation administrative du Ministère en 2005-2006. On compte désormais six directions générales :

- la Direction générale de la santé publique ;
- la Direction générale des services sociaux ;
- la Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire ;
- la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information ;

- la Direction générale du personnel réseau et ministériel ;
- la Direction générale de la coordination, du financement et de l'équipement.

De plus, il compte trois directions et un secrétariat. L'organigramme du Ministère, présenté à l'annexe II, illustre la structure ministérielle au cours de l'exercice 2005-2006.

Par ailleurs, en plus du Ministère, dix organismes exerçant des responsabilités administratives ou ayant un rôle consultatif relèvent du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces organismes, composés de 80 employés à temps complet (réguliers et occasionnels), sont décrits à l'annexe III. Deux d'entre eux – le Comité permanent de lutte à la toxicomanie et le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise – ne produiront pas leur propre rapport annuel de gestion et leur reddition de comptes est présentée à l'annexe III.

1.3. Les organisations régionales

Le Ministère remplit sa mission en partageant ses responsabilités avec dix-huit autorités régionales qui sont imputables de l'organisation des services sur leur territoire respectif. On compte quinze agences de la santé et des services sociaux, ci-après appelées les agences. Les autres organisations régionales sont le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, dans la région du Nord-du-Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, dans la région du Nunavik, et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Les agences exercent les fonctions nécessaires à la coordination et à la mise en place des services de santé et des services sociaux dans leur région, particulièrement en matière de financement, de répartition des ressources humaines et d'accès aux services spécialisés. Elles facilitent également le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Enfin, elles fournissent les services régionaux de santé publique en matière de surveillance de l'état de santé et de bien-être, de promotion, de prévention et de protection.

1.4. Les établissements

En 2005-2006, le réseau de la santé et des services sociaux était composé de 304 établissements, dont 194 étaient publics et 110 privés. Ces établissements sont des entités juridiques dotées de capacités et de responsabilités légales et détiennent un permis du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les 194 établissements publics se répartissent comme suit :

- 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) ;
- 28 centres hospitaliers (CH) ;
- 10 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ;
- 16 centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) ;
- 41 centres de réadaptation.
- 4 centres multiconventionnels pour les régions nordiques.

Au 31 mars 2006, les 304 établissements se répartissent en 1 748 installations ou lieux physiques, sur l'ensemble du territoire québécois, où sont dispensés des soins de santé et de services sociaux à la population du Québec.

Il faut aussi souligner qu'actuellement cinq établissements ont un statut de centre hospitalier universitaire (CHU) et cinq autres, un statut de centre hospitalier affilié universitaire (CHAU). Trois CSSS ayant une mission CLSC ont également une désignation universitaire et, enfin, sept établissements sont désignés instituts universitaires, soit quatre dans le secteur de la santé et trois dans le secteur social.

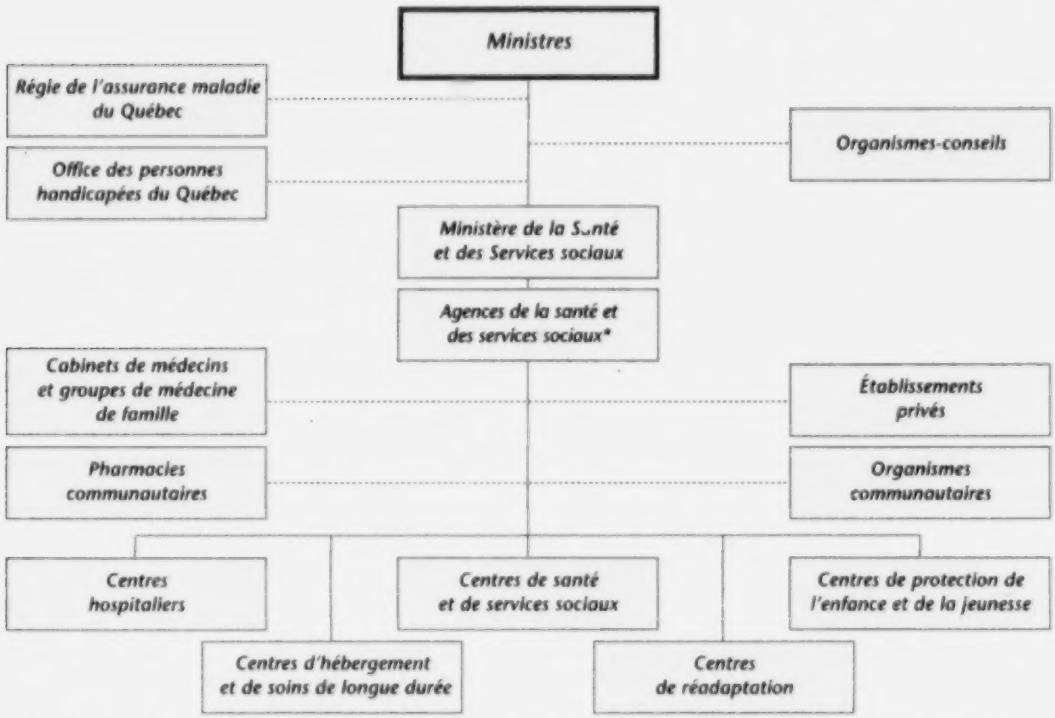
Quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) ont également été mis en place afin d'assurer la prestation de soins spécialisés et surspécialisés à l'ensemble des régions du Québec.

1.5. Les ressources complémentaires

Outre les ressources institutionnelles déjà nommées, des ressources privées, intermédiaires ou communautaires ainsi que des entreprises d'économie sociale complètent le réseau public. Il s'agit plus particulièrement d'environ :

- 840 cliniques médicales d'omnipratique, dont 108 groupes de médecine de famille (GMF) ;
- 1 620 pharmacies communautaires ;
- 1 900 ressources intermédiaires ;
- 9 550 ressources de type familial ;
- 2 440 résidences privées avec services pour personnes âgées ;
- 3 250 organismes communautaires ;
- 101 entreprises d'économie sociale en aide domestique.

1.6. Le système de santé et de services sociaux



* Remplacent les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux depuis le 1er janvier 2006.

1.7. Les partenaires du domaine sociosanitaire

Des organisations très actives dans le secteur de la santé et des services sociaux sont aujourd'hui reconnues comme des partenaires indispensables à la mission du Ministère :

- 10 associations représentent les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- 21 ordres professionnels assurent le contrôle de la qualité et la régulation des activités cliniques ;
- plusieurs organismes du mouvement associatif défendent les intérêts des différents groupes d'usagers ;
- les organismes communautaires ;
- plusieurs des grandes organisations syndicales que compte le Québec représentent les employés du secteur de la santé et des services sociaux.

De plus, depuis l'instauration du Régime général d'assurance médicaments (RGAM), régime mixte public-privé à caractère universel, le Ministère a établi des partenariats privilégiés avec les regroupements d'assureurs et l'industrie pharmaceutique.

1.8. Les acteurs des autres secteurs d'activité

La plupart des autres secteurs de l'État sont concernés quand il s'agit de prévenir les problèmes de santé et de bien-être et de soutenir les personnes vulnérables. Les ministères et les organismes doivent agir de concert, c'est-à-dire en intersectorialité, pour intervenir efficacement sur les déterminants de la santé et du bien-être (revenu, éducation, environnement, etc.). Le Ministère s'associe avec plusieurs partenaires gouvernementaux, notamment avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ; le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs ; le ministère de la Justice ; le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ; le ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine ; le ministère de la Sécurité publique ; le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation ainsi qu'avec les secrétariats aux autochtones et aux affaires intergouvernementales canadiennes.

Le Ministère et son réseau entretiennent également des relations directes avec les milieux de vie. C'est au cœur de la communauté que se concrétise l'intersectorialité par les actions concertées des différents acteurs. Les projets mis sur pied sont souvent très divers, mais ils visent tous à améliorer la qualité de vie des citoyens, en s'adaptant aux besoins et aux ressources spécifiques du milieu. D'étroites collaborations sont donc établies avec notamment les centres locaux de développement, les bureaux régionaux ou locaux d'autres ministères et organismes, les organismes communautaires, les écoles, les municipalités, les centres d'action bénévole, les associations caritatives et les fondations.

1.9. Les ressources humaines

La main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux représente environ 6,4 % de la population active du Québec. Parmi les quelque 259 600 personnes hautement qualifiées qui composent le réseau sociosanitaire en 2005-2006, on compte approximativement :

- 877 cadres, professionnels et fonctionnaires au Ministère et 1 240 à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ;
- 235 300 salariés, cadres ou syndiqués, dont 99 600 infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires ;
- 22 150 professionnels touchant une rémunération de la RAMQ, dont 7 730 médecins omnipraticiens et 7 980 médecins spécialistes ainsi que 1 720 pharmaciens-propriétaires, 3 510 dentistes et 1 210 optométristes.

Les faits saillants de l'année 2005-2006

L'année 2005-2006 s'inscrit dans la poursuite des mesures mises en place pour réduire plusieurs délais et listes d'attente, pour dynamiser l'organisation du réseau et pour améliorer l'accès aux services pour les citoyens. Les principales réalisations de cet exercice sont présentées ci-après.

2.1. Des modifications législatives importantes

Le projet de loi nº 38, Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, a été adopté en juin 2005, confirmant la création du poste de Commissaire à la santé et au bien-être. Son rôle majeur sera de faire rapport sur la performance du système de la santé et des services sociaux, tout en proposant des changements susceptibles d'en améliorer l'efficacité et l'efficience.

En juin 2005 était adopté le projet de loi nº 112, Loi modifiant la Loi sur le tabac et d'autres dispositions législatives, afin d'intensifier la lutte contre le tabagisme, notamment auprès des jeunes. Ce projet de loi comprend plusieurs mesures qui concernent l'interdiction de fumer dans les lieux publics ou à proximité des établissements de santé et de services sociaux ou de maisons d'enseignement, l'exercice d'un meilleur contrôle de la publicité par les fabricants des produits du tabac et la réduction de l'accès des jeunes à ces produits.

Le projet de loi nº 125, Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives, déposé en octobre 2005, propose des modifications au cadre législatif relatives aux pratiques et aux connaissances d'aujourd'hui. Ces changements visent notamment à améliorer la rapidité d'action du système de protection de la jeunesse ainsi qu'à assurer une plus grande stabilité aux enfants placés.

En novembre 2005, l'adoption du projet de loi nº 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, marque une étape importante dans l'organisation et l'administration des soins de santé et des services sociaux. Cette nouvelle loi permet d'instaurer plusieurs mesures visant à clarifier les responsabilités des différents paliers du réseau de la santé et des services sociaux en soutien à la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Elle vise également à permettre une circulation de l'information favorisant le travail d'équipe et le partage des connaissances ainsi qu'à mettre en place des mécanismes devant garantir la qualité des services.

Le projet de loi nº 130, Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives, a été adopté en décembre 2005, visant à modifier et à bonifier l'actuelle Loi. Un projet de politique du médicament a été

soumis à une vaste consultation à la Commission des affaires sociales. Ce dernier se déploie autour de quatre grands axes : l'accessibilité des médicaments, l'établissement d'un prix juste et raisonnable, l'usage optimal du médicament et le maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique au Québec.

2.2. Des réflexions d'envergure sur le système

Le rapport du directeur national de santé publique sur l'état de santé de la population du Québec, *Produire la santé*, a été publié en avril 2005. Ce rapport dresse le portrait de la société québécoise en matière de santé et il fournit des clés pour qu'elle puisse jouir d'une meilleure santé, en décrivant les problèmes évitables les plus criants auxquels elle doit faire face et surtout en expliquant comment mieux les prévenir.

Le rapport du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, présidé par monsieur Léonard Aucoin, publié en juin 2005, recommande plusieurs mesures visant à améliorer la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, c'est-à-dire celles qui se transmettent en milieu de soins. Parmi celles-ci, on propose qu'un comité de prévention des infections soit mis en place dans chaque établissement.

Le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux, présidé par monsieur Jacques Ménard, a publié en juillet 2005 son rapport intitulé *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*. Cette démarche s'inscrit dans le grand débat qui vise à améliorer et à maintenir à long terme notre système de soins de santé et de services sociaux accessible à tous. Ce rapport brosse d'abord un portrait de la situation démographique du Québec et de la croissance des coûts liés à la santé. Il propose ensuite différentes mesures, dont la création d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie, et souligne la contribution que pourrait apporter le secteur privé dans le système de santé québécois.

Le rapport intitulé *L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes*, présenté par monsieur Jean Perrault, président de l'Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention, a été publié en septembre 2005. Il mise sur une approche préventive auprès des jeunes, notamment sur les plans de l'alimentation et de l'activité physique.

Le document *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, publié en février 2006, soumet à la consultation trois ordres de solutions pour améliorer la prestation des soins de santé. La première piste de solution se rapporte à la consolidation et à la poursuite des actions en matière de services préventifs, de services de première ligne et de services médicaux et hospitaliers ; d'autres actions s'ajoutent également afin de rehausser la qualité des services de santé et des services sociaux. La deuxième apporte une réponse au jugement de la Cour suprême du Canada dans l'arrêt Chaoulli–Zeliotis et prend la forme, principalement, d'une garantie d'accès publique pour certaines procédures médicales et de l'ouverture limitée à l'assurance privée pour les chirurgies de remplacement de la hanche, du genou et de la cataracte. La troisième piste de solution ouvre un questionnement sur les enjeux liés au financement à plus long terme du

secteur de la santé et des services sociaux, dans la perspective d'un plus vaste débat sur l'avenir de nos finances publiques. Ce document a également fait l'objet d'une consultation publique au printemps 2006.

2.3. Des ententes, des événements et des plans d'action

L'accessibilité est au cœur des préoccupations du réseau, notamment pour les soins de première ligne. L'implantation des GMF s'est poursuivie de même que le développement de cliniques-réseau dans la région montréalaise. Après entente avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, ces cliniques médicales permettront de répondre à la fois aux caractéristiques de la pratique médicale urbaine et à la nécessité d'offrir aux citoyens un accès à des services médicaux plus complets sur des plages horaires étendues.

En mars 2005, dans la foulée de la Paix des Braves, une entente sur les soins de santé et les services sociaux a été signée avec le Grand Conseil des Cris. Ainsi, le budget annuel de fonctionnement du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James augmentera de 40 millions de dollars en cinq ans. Cette entente permettra la mise en œuvre des dispositions relatives à la santé de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois. Ainsi, les sommes additionnelles investies seront utiles pour renforcer les activités de prévention et les services de première ligne à l'intérieur des différentes communautés autochtones.

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens* a été rendu public en juin 2005. Il vise à doter le Québec d'un système efficient de santé mentale qui reconnaît le rôle des personnes utilisatrices et qui offre l'accès à des services de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes et les adultes de tout âge ayant un trouble mental, ainsi que pour les personnes présentant un risque suicidaire.

Le Forum franco-québécois sur le vieillissement et la santé s'est tenu à Québec en septembre 2005. Cet événement d'envergure a regroupé environ trois cents experts et invités représentant différents secteurs des sociétés française et québécoise. Il a été l'occasion privilégiée d'analyser certaines idées préconçues quant aux réalités liées au vieillissement, de débattre de leurs fondements et de dégager des idées nouvelles sur ces questions.

Le *Bilan des progrès accomplis à l'égard de l'entente bilatérale intervenue à l'issue de la rencontre fédérale-provinciale-territoriale des premiers ministres sur la santé de septembre 2004* a été publié en octobre 2005. Ce rapport dresse un bilan des progrès réalisés à la suite de l'entente bilatérale intitulée *Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec*. Il y est précisé que le Québec applique son propre plan de réduction des temps d'attente en fonction des objectifs, des normes et des critères qu'il a lui-même établis. De plus, le gouvernement du Québec doit faire rapport à la population québécoise sur les résultats obtenus.

En novembre 2005, le *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité* a été lancé. Le plan présente des pistes d'action en relation avec les grands principes directeurs que sont le respect de la liberté

de choisir de la personne, la volonté de permettre le maintien dans la communauté, la solidarité à l'égard de la personne proche-aidante, la disponibilité de l'information et une prestation de services fondée sur les besoins réels des personnes plutôt que liée à un milieu de soins en particulier.

Le *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza* a été rendu public en mars 2006. Il présente 24 stratégies et une série d'activités concrètes à réaliser au niveau provincial. Les agences produiront ensuite leur plan régional de lutte à une pandémie d'influenza pour coordonner les activités dans chaque région. Enfin, sur le plan local, chaque établissement préparera son plan spécifique en accord avec sa mission. Le plan national se déploie selon cinq grands volets : la santé publique, la santé physique, l'intervention psychosociale, la communication et le maintien des services.

Au cours du même mois, le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* a également été rendu public. Le Ministère a coordonné les travaux menant à la réalisation de ce plan, en collaboration avec les ministères de l'Éducation, du Loisir et du Sport ; de la Justice ; de la Sécurité publique ; de l'Emploi et de la Solidarité sociale ; de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine ; de l'Immigration et des Communautés culturelles ; le Secrétariat à la jeunesse ; le Secrétariat aux affaires autochtones ; la Société de l'assurance automobile du Québec et le Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Il propose 41 actions concertées visant à prévenir, à réduire et à traiter la toxicomanie au sein de la société québécoise.

Le contexte et les enjeux

Le système de santé et de services sociaux évolue et s'adapte pour mieux répondre aux besoins de la population en vue de lui offrir des services plus accessibles, mieux intégrés et de qualité. L'ensemble des réflexions et des travaux menés en 2005-2006 témoignent des efforts déployés en ce sens.

Cette évolution est d'autant plus nécessaire que des phénomènes plus globaux transcendent la société. Le vieillissement de la population, l'évolution du portrait de santé de la population québécoise, les changements dans les façons de faire liées notamment aux nouvelles technologies et la situation des finances publiques sont tous des éléments qui influencent fortement les orientations que prend le système de santé et de services sociaux.

3.1. Une constante : l'évolution des besoins

L'état de santé de la population québécoise s'est beaucoup amélioré au cours des dernières décennies. Toutefois, même si les Québécoises et les Québécois vivent plus longtemps, les incapacités et les limitations d'activités causées par la chronicité de certaines maladies augmentent, de même que la prévalence de certains problèmes.

Le vieillissement anticipé et accéléré de la population est un phénomène qui aura des répercussions très importantes sur les besoins en matière de services de santé et de services sociaux. D'environ 13 % aujourd'hui, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus passera à 27 % en 2031. Ainsi, en l'espace de quelques décennies, le nombre de personnes âgées aura doublé au Québec. Le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus connaîtra la plus importante hausse puisqu'il sera multiplié par trois au cours de la même période.

Cette évolution démographique a notamment pour conséquence l'accroissement des besoins en soins et en soutien dans le milieu de vie. De plus, la capacité de l'entourage à répondre aux besoins des personnes âgées pourrait s'amenuiser puisque ces dernières, ayant moins d'enfants, seront plus isolées socialement.

Autre phénomène important qui caractérise les besoins de la population québécoise : l'augmentation des maladies chroniques. Au Québec, les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète de type 2 sont responsables de plus de 70 % des décès. Pourtant, il serait possible de réduire l'incidence de ces maladies chroniques en agissant sur les habitudes de vie. On estime que des mauvaises habitudes de vie, par exemple une alimentation inadéquate ou la sédentarité, sont en cause dans une proportion pouvant aller jusqu'à 80 % des décès par maladie chronique et dans environ 40 % de l'ensemble des décès.

L'apparition de nouveaux agents infectieux marque aussi une évolution dans les besoins depuis quelques années. La menace de pandémie d'influenza, les infections nosocomiales, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et le retour en force de plusieurs infections transmises sexuellement et par le sang commandent au Ministère d'être vigilant en matière de surveillance et de protection de la santé publique.

Les problèmes de santé mentale et le suicide sont aussi des problématiques importantes qui perdurent. Une personne sur cinq présentera un problème de santé mentale au cours de sa vie, et le Québec est l'un des endroits au monde où le taux de suicide est le plus élevé.

En outre, plusieurs familles vivent en situation de grande vulnérabilité. Les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) reçoivent plus de 65 000 demandes qui donneront lieu à un signalement en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse. À cela s'ajoute la hausse des problèmes d'adaptation sociale des jeunes qui se traduisent par des troubles du comportement, par la délinquance ou encore par la consommation problématique de drogue ou d'alcool.

L'intensification des besoins est donc significative en raison de la concomitance de plusieurs phénomènes. Ceux-ci exigent du système de santé et de services sociaux qu'il s'adapte et se transforme de façon à prévenir, à traiter et à soutenir les personnes dans leur milieu de vie.

3.2. Les changements dans l'organisation des services, dans les pratiques professionnelles, dans les technologies et dans les modes de gestion

Au cours des dernières années, d'importants changements ont été entrepris en ce qui concerne l'organisation générale des services. Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre pour renforcer les services de première ligne; les groupes de médecine de famille n'en sont qu'un exemple. L'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et la création des réseaux universitaires intégrés de santé sont deux autres importantes modifications de l'organisation des services qui avaient pour objectif de mieux intégrer et hiérarchiser les services. Ces changements demandent une grande adaptation dans les pratiques de la part des différents intervenants du réseau. De même, pour assurer une qualité accrue des services, des mesures, telles que la révision du système des plaintes ou encore le resserrement des obligations des établissements quant à la prestation sécuritaire des services, ont été adoptées. La dernière année a permis de consolider et d'actualiser ces nouvelles façons de faire. Beaucoup de travail reste cependant à réaliser pour que les changements apportent l'ensemble des bénéfices escomptés.

En corollaire à ces changements dans l'organisation des services, les pratiques cliniques se modifient elles aussi en raison de l'évolution rapide des connaissances et de la nécessité de s'adapter à la progression des problématiques sociales et complexes. Les frontières entre les différents champs d'exercice professionnel sont moins hermétiques. Le rôle de chacun est redéfini dans le sens d'une plus grande complémentarité et multidisciplinarité. Une grande diversité d'intervenants aux expertises variées est maintenant indispensable pour offrir la

meilleure réponse aux besoins des personnes. L'amélioration des pratiques doit davantage s'appuyer sur des données qui démontrent leur efficacité.

Les domaines de la santé et des services sociaux sont aussi touchés par l'évolution rapide des technologies. Les instruments diagnostiques et chirurgicaux ainsi que les médicaments rendent possible le traitement de pathologies qui ne pouvaient être traitées auparavant et permettent de prodiguer certains soins à domicile qui, autrefois, étaient donnés à l'hôpital. Par ailleurs, les nouvelles technologies de l'information et des communications offrent des possibilités multiples pour améliorer le traitement et la circulation de l'information clinique et administrative, pour soutenir la coordination des interventions et pour assurer la complémentarité des organisations.

La gestion des ressources humaines devra aussi être adaptée aux nouvelles réalités de l'organisation des services. Le contexte actuel de rareté des ressources humaines milite également en ce sens. Cette gestion devra notamment favoriser la mobilisation et la disponibilité des ressources humaines, pour faciliter la répartition et le maintien en poste de ces ressources dans les différentes régions ainsi que pour favoriser un partage optimal des responsabilités entre les professionnels.

Enfin, la culture de gestion axée sur les résultats est de plus en plus ancrée dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. De mieux en mieux, les obligations de transparence et d'imputabilité sont respectées par toutes les organisations. L'adoption d'un nouveau plan stratégique ministériel en 2005 et la poursuite des ententes de gestion et d'imputabilité entre les paliers de gestion du réseau sont sans aucun doute des signes démontrant que l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux s'inscrit véritablement dans le cadre de gestion prôné par l'appareil gouvernemental.

3.3. La croissance des dépenses de santé et de services sociaux

Les montants alloués à la mission santé et services sociaux s'élevaient à près de 21 milliards de dollars en 2005-2006. Ils représentent 43 % de l'ensemble des dépenses de programme du gouvernement du Québec.

D'ici 2019-2020, le Conference Board du Canada prévoit que les dépenses publiques dans le secteur de la santé et des services sociaux devraient augmenter d'environ 5 % par année, un taux qui dépasse la prévision à long terme de la croissance annuelle des revenus du gouvernement (jusqu'en 2019-2020) qui s'établit à 3,1 %.

Cette croissance des dépenses de santé et de services sociaux par rapport à celle des revenus est un élément contextuel important à considérer lorsqu'il est temps de prendre des décisions et de faire des choix. Il est nécessaire d'adapter les modes de gestion pour optimiser toujours davantage les ressources consacrées à ce secteur et de poursuivre la réflexion sur les avenues de financement.

La présentation des résultats

Le *Rapport annuel de gestion 2005-2006* du Ministère couvre l'exercice financier du 1er avril 2005 au 31 mars 2006. Il s'inscrit dans le processus de reddition de comptes prescrit par la Loi sur l'administration publique. Tel qu'il est prévu dans cette loi, le rapport fait état de l'atteinte des résultats au regard du plan stratégique ministériel.

Le rapport annuel de gestion de cette année représente la première reddition de comptes qui est faite par rapport aux objectifs fixés dans le *Plan stratégique 2005-2010*. Il faut préciser qu'il ne porte pas sur tous les objectifs définis dans le plan. La reddition de comptes 2005-2006 du Ministère porte essentiellement sur les objectifs en vue desquels des actions déterminantes ont été accomplies ou sur ceux pour lesquels le Ministère et le réseau ont été en mesure de fournir une information de qualité. Au terme des cinq années, l'ensemble des objectifs du *Plan stratégique 2005-2010* sera couvert.

La fiabilité des résultats

Comme par les années passées, le Ministère rend compte, notamment, des résultats obtenus dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité conclues avec les agences en employant des estimations produites à partir de données provenant des établissements et entérinées par les bilans annuels fournis par les agences. Ces données livrent une information significative sur les tendances régionales et nationales et répondent ainsi aux impératifs émanant du suivi des objectifs ministériels et, conséquemment, des ententes de gestion et d'imputabilité. Cela dit, le Ministère poursuit ses efforts afin de mettre en place des mesures visant une meilleure intégration des systèmes d'information et l'amélioration de la fiabilité des données. À cet effet, un comité ministériel sur les indicateurs de résultats utilisés dans les ententes de gestion et d'imputabilité a été formé. Il a pour mandat de s'assurer que les indicateurs de résultats qui sont retenus respectent le plus possible les critères de qualité et de fiabilité. Ce processus d'amélioration continue de la qualité des données est itératif et continuera d'évoluer.

Dans le même esprit, le travail d'analyse périodique effectué par les agences à partir des données produites par les établissements est de plus en plus approfondi. Une démarche a d'ailleurs été entreprise avec les agences afin d'optimiser la fiabilité des données transmises au Ministère. Comme l'an passé, chaque président-directeur général des agences a fourni une déclaration attestant la fiabilité des données présentées dans le cadre de la reddition de comptes sur les ententes de gestion et d'imputabilité.

De plus, au cours de l'exercice 2005-2006, des efforts importants ont été déployés dans les régions et auprès des établissements afin d'améliorer le processus de saisie des données. Dans la majorité des territoires, des séances de

formation ont été offertes aux intervenants cliniques afin d'harmoniser le processus de collecte de données, en particulier pour ce qui concerne l'utilisation de la banque I-CLSC. Les modifications apportées aux pratiques relatives à la codification des interventions ont engendré des variations par rapport aux données fournies les années précédentes ; celles-ci n'ont eu et n'auront aucune incidence sur l'accès aux services pour la population. Il s'agit simplement d'obtenir le portrait le plus réel possible des services qui sont offerts afin d'en améliorer entre autres la gestion. Enfin, les agences sont encouragées à poursuivre et à offrir des sessions de formation aux intervenants concernés pour que le traitement des données soit le plus uniforme possible dans l'ensemble du Québec.

Les résultats concernant la prestation des services de santé et des services sociaux revêtent une certaine particularité en ce qui concerne la fiabilité et demeureront toujours perfectibles, tant en raison du volume imposant de données à traiter que du nombre important d'intervenants qui alimentent les banques d'information et traitent les données. Par ailleurs, une confirmation des résultats obtenus par le biais des ententes de gestion et d'imputabilité n'est possible qu'à partir de données provenant des banques d'information centrales, soit plusieurs mois après la fin de l'année financière et, incidemment, après la date de tombée du rapport annuel de gestion du Ministère. Des efforts sont toutefois investis afin d'évaluer l'écart entre les données figurant au rapport annuel de gestion et celles, confirmées, issues des banques d'information centrales. À titre d'exemple, une première série de validation a été effectuée en 2005-2006 pour les données issues de la banque I-CLSC. Cette analyse laisse entrevoir un écart de moins de 1 % pour la plupart des résultats présentés. Les investigations se poursuivront. Ainsi, les résultats dont la fiabilité ne peut être assurée au moment de la publication du rapport annuel de gestion sont identifiés lors de leur présentation.

Pour le présent exercice, la majorité des résultats présentés n'incluent pas les données provenant de la région du Nord-du-Québec ; les objectifs et les indicateurs devront être adaptés pour mieux refléter les efforts consentis dans cette région.

En ce qui concerne les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, le suivi des résultats ne s'effectue pas dans le cadre du processus général des ententes de gestion et d'imputabilité. Les caractéristiques sociosanitaires et administratives de ces régions requièrent la dispensation de services distincts dont le suivi ne peut se faire au moyen des indicateurs de résultats utilisés dans les autres régions du Québec.

Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes

Orientation : Améliorer la santé et le bien-être de la population par une action efficace en promotion, en prévention et en protection

Axe : Protection

OBJECTIF : Élaborer et mettre en place un plan d'intervention en cas de pandémie.

Indicateur	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Adoption et mise en place du plan ministériel en 2005-2006	Développement et diffusion du plan ministériel	Diffusion du plan ministériel

Commentaires

Le Ministère a rendu public son *Plan de lutte contre la pandémie d'influenza* au mois de mars 2006. Ce plan d'intervention est conforme à la participation du Ministère au *Plan national de sécurité civile du Québec* et comporte cinq volets d'intervention de la mission santé, soit :

- la santé publique ;
- la santé physique ;
- les services sociaux et l'intervention psychosociale ;
- le maintien des activités du réseau, les ressources humaines et l'approvisionnement ;
- les communications.

Les volets de l'intervention prennent en charge l'ensemble des activités requises aux fins de surveiller l'épidémiologie de l'influenza, de protéger et de soigner les personnes, d'informer les décideurs, la population et les partenaires ainsi que de préparer le réseau de la santé et des services sociaux.

Depuis la diffusion du plan, les mesures et les activités d'intervention sont l'objet d'une opérationnalisation fonctionnelle constante qui sera maintenue jusqu'à l'émergence de la pandémie. La structure de coordination préconisée dans une perspective *top-down* permet l'application d'une chaîne de commandement et d'imputabilité explicite ainsi que l'intégration horizontale et verticale des activités du réseau qui doivent être mises en œuvre. Afin d'assurer un déploiement rapide et efficace des mesures préconisées, des expérimentations et des simulations ont permis de tester, notamment, certains dispositifs de liaison, de coordination, de vaccination de masse ainsi que des sites non traditionnels de soins.

Les agences ont jusqu'au mois de mai 2006 pour produire leur propre plan régional en conformité avec le partage des responsabilités déterminé par le Ministère. Les CSSS feront de même en octobre 2006. La démarche évolutive de préparation à la pandémie par le Ministère, les agences, les établissements et les travailleurs du réseau, dans laquelle s'inscrit le plan ministériel, a pour effet de susciter une mobilisation sans précédent. Tous les plans feront l'objet d'une actualisation à la lumière des nouvelles informations internationales afin d'apporter une réponse coordonnée et efficace au moment de la propagation de la souche pandémique d'influenza en territoire québécois.

OBJECTIF : Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Indicateurs	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Volume des tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisés par les SIDEP auprès de l'ensemble de la clientèle	30 271	49 999*
Volume de vaccinations auprès de la clientèle des SIDEP	14 533	12 918*

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

En 2003, le Ministère a publié une *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le virus de l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement*. Les services offerts dans le cadre de cette stratégie regroupent notamment des activités de prévention primaire ou secondaire, de counseling prétest et/ou post-test, de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de vaccination contre les hépatites A et B ainsi que des activités d'orientation des personnes vers les ressources appropriées à leur condition. Ces activités sont réalisées par des intervenants de CSSS à mission CLSC tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des murs des établissements. Ces services sont destinés prioritairement aux clientèles les plus vulnérables (homosexuels, utilisateurs de drogues, jeunes de la rue, travailleurs du sexe, etc.) qui doivent être rejointes là où elles se trouvent.

La cible provinciale pour le volume de tests de dépistage auprès de l'ensemble de la clientèle vulnérable a été dépassée de plus de 65 %. Au cours de l'année 2005-2006, 49 999 tests de dépistage ont été effectués et comptabilisés, et ce, malgré l'absence d'information pour deux régions (Montréal et Laurentides), dont l'une regroupe la clientèle vulnérable la plus importante au Québec.

Cette forte hausse est liée :

- au travail des intervenants qui s'investissent dans la prévention et le dépistage des ITSS ;
- à l'appui et au soutien des directions de santé publique dans la mise en œuvre et le développement des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP) ;

- à l'amélioration de l'organisation des services hors des murs des établissements ;
- à l'offre des différents types de dépistage du VIH ;
- à l'amélioration dans la compilation des données.

Par ailleurs, la cible provinciale pour le volume de vaccinations auprès de l'ensemble de la clientèle n'a pas été atteinte. Le résultat présenté accuse un écart de 11,1 %, et ce, en raison notamment :

- de la détermination d'une cible 2005-2006 trop optimiste à la suite d'une mauvaise compréhension de l'indicateur ;
- de données non disponibles pour la région des Laurentides ;
- d'un début de stabilisation de la vaccination dans certaines régions parce que la population est plus captive, parce que le programme de vaccination contre l'hépatite B pour les élèves du 4e primaire est en place depuis 1994 et, également, parce que le programme de vaccination pour les clientèles vulnérables est opérationnel depuis quelques années.

Il est à noter, cependant, qu'au niveau provincial l'engagement de donner 4 333 doses de vaccin contre les hépatites A ou B à la clientèle vulnérable hors des murs des SIDEP a été respecté. En effet, 4 357 personnes ont reçu des services de vaccination hors des murs.

En conclusion, la cible fixée pour les tests de dépistage est dépassée, et pour ce qui est de la vaccination, la cible est atteinte à 88,9 %. Ces services sont en bonne voie d'implantation et les agences continuent de s'investir en ce sens. Les efforts se poursuivront afin de consolider l'offre de services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS au cours de la prochaine année.

ENJEU 2

L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables

Orientation : Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne et réduire l'encombrement des urgences

Axe : Services médicaux généraux

OBJECTIF : Assurer à la population l'accès à un médecin de famille, notamment par la mise en place de l'équivalent de 300 groupes de médecine de famille d'ici 2010

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de GMF implantés	99	129	108
Pourcentage de la population inscrite en GMF	7 %	n.a.	11 %

Commentaires

L'implantation des GMF, regroupements de médecins travaillant en étroite collaboration avec des infirmières dans un environnement qui reconnaît l'importance du rôle du médecin de famille, vise à faciliter l'accès à un médecin de famille et à améliorer la qualité ainsi que la continuité des soins médicaux généraux offerts à la population québécoise. Le médecin de famille et l'infirmière en GMF sont aussi en relation avec d'autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux œuvrant notamment dans les CSSS, les CH et les pharmacies situées dans la communauté, et ce, afin d'offrir une gamme complète de services et ainsi assurer un suivi global de la personne inscrite. Ces regroupements devraient également permettre de réduire le recours inapproprié à l'urgence ou la consultation de plus d'un médecin pour un même problème de santé.

Le nombre de 108 GMF implantés au 31 mars 2006 confirme qu'ils sont devenus un rouage important de la première ligne au sein des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Les GMF implantés à la grandeur du Québec impliquent environ 194 sites cliniques; plus de 195 infirmières y travaillent et 51 CSSS sont partenaires par le biais d'ententes.

Aucune cible n'a été fixée quant au volume d'inscriptions pour 2005-2006. Les GMF s'adressent à toute la population et le nombre d'inscrits inclut les clientèles vulnérables suivies en GMF. Les clientèles vulnérables identifiées et suivies hors GMF ne sont pas prises en compte dans le tableau qui suit. Par ailleurs, l'inscription à un GMF est volontaire et n'a pas fait l'objet d'une campagne

promotionnelle pour éviter que la demande induite n'excède la capacité de réponse. Avec l'atteinte de l'équivalent de 300 GMF de taille moyenne d'ici 2010, l'objectif à terme est de permettre l'inscription de plus de 70 % de la population québécoise, incluant la clientèle vulnérable.

Au cours de l'exercice 2005-2006, les premiers GMF ont entamé le processus de renouvellement de leur convention. Ainsi, au 31 mars 2006, plus d'une vingtaine de GMF avaient achevé ou commencé le processus de renouvellement de leur convention pour une nouvelle durée de trois ans, assurant ainsi la pérennité de cette organisation de services.

GMF au Québec au 31 mars 2005 et au 31 mars 2006

	Au 31 mars 2005	Au 31 mars 2006
Nombre de médecins participants	1 105	1 196
Nombre de personnes inscrites électroniquement à la RAMQ en GMF	521 051	781 585

La mise en place des GMF est progressive et nécessite des modifications de parcours. La venue de nouveaux GMF est dépendante de l'émergence de projets sur le terrain. Ainsi, neuf nouveaux GMF ont vu le jour au Québec en 2005-2006, comparativement à 23 l'année précédente. En janvier 2005, le Ministère a diffusé des précisions relatives aux paramètres de répartition de l'aide technique et financière en fonction de la responsabilité de la clientèle. La connaissance et l'appropriation par les futurs groupes de ces paramètres ont été nécessaires en 2005-2006, ce qui a mené au décalage de l'accréditation de nouveaux groupes vers l'exercice 2006-2007. On compte d'ailleurs une trentaine de projets en préparation dans les régions au 31 mars 2006 et plusieurs régions font la promotion des GMF. Il faut rappeler que le soutien accordé aux GMF constitue un investissement très important, mais tout de même limité. Les ressources disponibles le sont pour des services de première ligne et elles doivent être réparties équitablement sur une base populationnelle, selon une responsabilité de la clientèle. Les paramètres de répartition de cette aide, précisés en 2004-2005, vise l'inscription de plus de 70 % de la population du Québec auprès des médecins de 300 GMF de taille moyenne, tout en tenant compte de la lourdeur de prise en charge de cette clientèle.

Une récente enquête effectuée par la Direction de l'évaluation du Ministère démontre que deux ans seulement après le début de l'implantation des GMF, les patients ont vu des améliorations importantes de l'accessibilité et de la continuité des services. Ainsi, parmi les diverses dimensions de l'accessibilité et de la continuité examinées dans cette étude, l'accessibilité à un médecin en situation d'urgence, la qualité de la relation médecin-patient, la connaissance par le médecin de la situation du patient et la coordination avec les médecins spécialistes se sont nettement améliorées. Ces améliorations sont statistiquement significatives pour l'ensemble des 1 000 personnes interrogées dans dix GMF en 2003 et en 2005.

Parmi les progrès réalisés au cours de l'année 2005-2006, l'informatisation des GMF a permis à plus de 80 d'entre eux d'avoir accès de façon électronique aux résultats de laboratoire de leur clientèle, comparativement à 59 l'an dernier. En outre, la progression vers des systèmes intégrés, fonctionnels et sécuritaires de circulation de l'information se poursuit.

De plus, la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et des CSSS a conduit à l'élaboration de projets cliniques basés sur une approche populationnelle associant étroitement les services médicaux de première ligne. Pour bien remplir leur rôle auprès de la clientèle, les GMF doivent aussi compter sur le soutien des CSSS pour un accès fluide aux services diagnostiques et spécialisés. Dans ce contexte, le Ministère entend donc poursuivre le déploiement des GMF puisque ceux-ci demeurent un des moyens privilégiés pour soutenir l'organisation de services médicaux.

Axe : Services psychosociaux généraux

OBJECTIF : Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux :

- **en augmentant le nombre de personnes desservies ;**
- **en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.**

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles[1] 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de personnes desservies	62 533	59 993	62 965*
Nombre moyen d'interventions par personne	3,91	4,07	3,89*

1. Les cibles ont été établies en excluant les services offerts par les psychologues, alors que les résultats 2004-2005 et 2005-2006 incluent les services offerts par ces derniers.

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Les services psychosociaux généraux s'adressent à toute la population et visent à assurer une réponse à un besoin de maintien ou d'amélioration de la santé et du bien-être des personnes qui vivent un passage difficile de leur vie. L'objectif est d'augmenter l'utilisation de ces services par la population et de réduire l'utilisation des services d'urgence et des services de deuxième ligne.

La cible fixée pour 2005-2006 était de rendre disponibles les services psychosociaux à 59 993 personnes. Dans l'ensemble, 62 965 personnes ont reçu des services psychosociaux en 2005-2006, soit un dépassement de la cible de près de 3 000 personnes. Ce résultat est un peu plus élevé que celui observé en 2004-2005, soit 432 personnes de plus.

Il faut souligner que la cible 2005-2006 est inférieure au résultat 2004-2005, car elle avait été planifiée sans tenir compte du nombre de personnes desservies par les psychologues. En effet, certains changements apportés au *Manuel de gestion financière pour l'année 2005-2006* ont eu pour effet d'exclure, des résultats transmis par certaines agences, les personnes desservies par des psychologues dans le cadre des services psychosociaux généraux. Toutefois, afin d'être comparable au résultat 2004-2005, le résultat présenté de 62 965 usagers ayant reçu des services psychosociaux généraux tient compte aussi des personnes desservies par des psychologues dans l'ensemble des régions. Ce résultat présente également une meilleure image des services offerts et de leur accessibilité dans le cadre des services psychosociaux généraux.

Le nombre moyen d'interventions par personne a atteint 3,89 alors que la cible fixée pour 2005-2006 était de 4,07 interventions. Ce nombre est sensiblement le même que celui obtenu l'année dernière.

En conclusion, les résultats quant aux nombre de personnes desservies en 2005-2006 sont satisfaisants. En ce qui concerne le nombre moyen d'interventions par personne, quelques régions ont dépassé la cible de 4,07 interventions en moyenne par personne et d'autres l'ont presque atteinte. Quant aux autres régions, elles poursuivront leurs efforts afin d'augmenter leur nombre moyen d'interventions par personne en 2006-2007.

Axe : Services d'urgence

OBJECTIF : **Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :**

- **séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ;**
- **0 % de patients séjournant 48 heures et plus sur une civière à l'urgence.**

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Séjour moyen sur civière à l'urgence	15,9 heures	12 heures	15,4 heures
Proportion de séjours sur civière de 48 heures ou plus	5,8 %	0 %	4,9 %

Commentaires

Depuis plusieurs années, le Ministère, par l'entremise du Centre de coordination nationale sur les urgences (CCNU), fait le suivi des deux principaux indicateurs de performance pour les services d'urgence :

- le séjour moyen sur civière à l'urgence des usagers admis (norme établie à 12 heures) ;
- la proportion de séjours sur civière à l'urgence de 48 heures ou plus (norme de 0 %).

Pour l'ensemble du Québec, les résultats obtenus pour l'année 2005-2006 démontrent une certaine amélioration au niveau des indicateurs retenus pour le service des urgences. Le séjour global moyen sur civière a diminué de 0,5 heure et les séjours de plus de 48 heures ont été réduits de 0,9 %, ce qui représente 7 134 personnes de moins qui ont séjourné plus de 48 heures sur civière à l'urgence.

Le tableau suivant indique une hausse du nombre de visites sur civière, une augmentation du nombre d'usagers arrivés en ambulance, une diminution du nombre d'usagers sur civière âgés de 75 ans et plus ainsi qu'une augmentation du nombre d'usagers hospitalisés à partir de l'urgence.

Achalandage des unités d'urgence

Résultats provinciaux	Nombre de visites sur civière	Nombre d'usagers arrivés en ambulance	Nombre d'usagers sur civière ≥ 75 ans	Nombre d'usagers hospitalisés à partir de l'unité d'urgence
2004-2005	970 885	395 357	216 888	342 181
2005-2006	991 626	397 863	216 423	348 538
Écart en nombre	20 741	2 506	- 465	6 357

Il est important de noter que malgré une augmentation du nombre de patients sur civière, le pourcentage de personnes séjournant 48 heures ou plus a diminué de près de 1 %. Cette baisse s'explique par la mise en place de plusieurs mesures en première ligne et par la concertation accrue entre les GMF et les CSSS. Il faut remarquer aussi une légère diminution du nombre d'usagers âgés de 75 ans et plus, qui peut s'expliquer par une meilleure prise en charge dans la communauté de cette clientèle et par l'actualisation des plans d'action régionaux pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

En outre, c'est la première fois depuis les cinq dernières années que la durée moyenne du séjour sur civière se situe à 15 heures ou moins pendant cinq périodes consécutives. De même, le taux de personnes séjournant 48 heures ou plus sur civière à l'urgence a été de moins de 5 %. Des investissements importants ont été faits en aval et en amont pour améliorer les services à la population et en particulier pour les services d'urgence. L'approche préconisée mettant l'accent sur le continuum de services à la clientèle est en grande partie responsable de ce succès. Le rapprochement entre les CSSS, les cliniques-réseau et les GMF permet aussi de prévoir une amélioration de l'accessibilité des services médicaux et, par conséquent, une diminution de l'achalandage dans les urgences ainsi qu'une meilleure prise en charge des clientèles vulnérables.

Séjours sur civière dans les unités d'urgence, des deux dernières années, par régions

Régions	Séjour moyen sur civière (heures)		% de séjours sur civière de ≥ 48 heures	
	2004-2005	2005-2006	2004-2005	2005-2006
Bas-Saint-Laurent	11,8	12,0	2,0	1,0
Saguenay–Lac-Saint-Jean	9,1	9,6	—	0,5
Capitale-Nationale	12,0	12,0	1,3	1,3
Mauricie et Centre-du-Québec	13,2	13,2	2,4	2,4
Estrie	11,8	11,8	2,5	2,0
Montréal	18,1	17,3	6,7	6,8
Outaouais	14,5	14,5	5,0	5,0
Abitibi-Témiscamingue	10,5	10,9	0,8	1,0
Côte-Nord	11,0	12,0	1,0	1,0
Nord-du-Québec	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	11,0	10,1	0,5	0,5
Chaudière-Appalaches	11,4	11,8	0,5	0,2
Laval	15,2	15,3	1,8	1,4
Lanaudière	17,2	16,0	6,5	6,0
Laurentides	13,0	12,5	3,0	2,8
Montérégie	16,4	16,0	8,0	6,0
Nunavik	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Terres-Cries-de-la-Baie-James	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Total	**15,9**	**15,4**	**5,8**	**4,9**

La mise en place des CSSS a demandé beaucoup d'efforts de réorganisation, ce qui a eu une incidence sur l'atteinte des cibles dans plusieurs régions. Concernant le séjour moyen sur civière, les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Capitale-Nationale, de l'Estrie, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et de la Chaudière-Appalaches ont déjà atteint la cible fixée pour 2010. Pour ce qui est du taux de 48 heures ou plus, l'objectif est de ramener tous les établissements à la norme de 0 % en 2010. La concertation qui découle de ces regroupements laisse présager une amélioration au niveau de l'atteinte des indicateurs.

Les plans d'action et le suivi intensif

En 2005-2006, 43 établissements ont été suivis au niveau de leur plan d'action pour l'unité d'urgence. De ce nombre, le Ministère a fait un suivi intensif de 26 établissements en concertation avec les agences.

Cela implique que chacun des établissements faisant l'objet d'un suivi a été rencontré afin d'évaluer son plan d'action et de s'assurer de la mise en place des différentes mesures pour atteindre les résultats convenus entre les agences et le Ministère. La majorité d'entre eux ont stabilisé ou amélioré leur performance. De plus, dix-sept autres établissements ont été suivis par les agences.

Les principales mesures qui ont permis de diminuer l'encombrement sont :

- la présence d'un coordonnateur médical à l'unité d'urgence ;
- la présence d'un coordonnateur aux admissions ;
- le travail en tandem du médecin-chef de l'urgence et de l'infirmière-chef ;
- la mise en place de l'équipe quotidienne de gestion de la salle d'urgence ;
- la présence d'infirmières de liaison et de travailleurs sociaux à l'unité d'urgence 7 jours/semaine ;
- la mise en place de l'approche gériatrique impliquant la première ligne et la mission hospitalière ;
- la mise en place de moyens de concertation entre les CSSS, les cliniques-réseau et les GMF ;
- l'implantation d'un guichet unique en santé physique et en santé mentale ;
- l'organisation de services de gestion de crise dans la communauté pour la clientèle de santé mentale ;
- l'implantation du suivi systématique de la clientèle vulnérable ;
- la mise en place du plan d'action concernant les services de santé mentale et en particulier le renforcement des services de première ligne dans ce domaine ;
- l'actualisation des plans d'actions régionaux pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Compte tenu des résultats favorables des mesures mises en place, le suivi par les agences est maintenu de façon intensive ou régulière. Une réévaluation sera réalisée afin de déterminer quels établissements seront suivis. Des efforts importants seront requis afin d'améliorer les services dans les urgences pour la clientèle des gens âgés de 75 ans et plus ainsi que pour les personnes ayant un problème de santé mentale.

Orientation : Améliorer l'accès aux services de chirurgie en vue de réduire les listes d'attente

Axe : Chirurgie

OBJECTIF : Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une chirurgie.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats préliminaires* 2005-2006
Nombre de chirurgies de la cataracte effectuées	66 659	63 678	70 084
Nombre d'arthroplasties de la hanche effectuées	4 205	4 517	4 021
Nombre d'arthroplasties du genou effectuées	5 127	5 307	5 690
Nombre de chirurgies avec hospitalisation effectuées[2]	158 226	160 911	178 220[1]
Nombre de chirurgies d'un jour effectuées[3]	183 073	200 568	215 368[1]

1. Excluant les chirurgies réalisées dans les régions des Terrres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik.
2. À l'exclusion des chirurgies cardiaques, de la hanche, du genou et de la cataracte.
3. À l'exclusion des chirurgies de la cataracte.

* Les données de la colonne Résultats 2004-2005 sont les données finales et validées de Med-Écho 2004-2005. La colonne Résultats préliminaires 2005-2006 comprend les données fournies par les agences qui doivent être validées à l'automne 2006 lorsque les données Med-Écho seront accessibles.

Commentaires

Il se fait annuellement environ 435 000 chirurgies dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. À la lumière des données préliminaires sur les volumes d'activité de production en chirurgie pour l'année 2005-2006, les cibles établies auraient été atteintes et même dépassées pour les chirurgies de la cataracte et les arthroplasties du genou. Le nombre d'arthroplasties de la hanche est légèrement inférieur à la cible établie. Toutefois, ce nombre apparaît satisfaisant, d'autant plus que le nombre d'arthroplasties du genou effectuées est supérieur à la cible. Pour ces dernières chirurgies, les données préliminaires proviennent de la RAMQ et elles représentent généralement une estimation très fiable de la réalité telle que mesurée par les données finales de la banque de données Med-Écho. Cependant, les données de production de 2005-2006 pour les chirurgies avec hospitalisation et les chirurgies d'un jour proviennent des agences. Ces données ne pourront être validées par le Ministère avant l'automne 2006, soit lorsque les données finales et validées de Med-Écho 2005-2006 seront disponibles. D'ici là, elles doivent donc être considérées comme étant préliminaires, surtout pour les chirurgies avec hospitalisation et les chirurgies d'un jour où la surestimation est importante.

Même si la très grande majorité des personnes sont traitées à l'intérieur de délais raisonnables et que les soins urgents sont donnés en priorité, il subsiste des clientèles qui sont traitées hors délai. La diminution du temps d'attente est une priorité pour le Ministère et c'est pour cette raison que des investissements importants sont consentis à cet effet. Diverses démarches ont été entreprises au cours de l'année pour mieux connaître l'état des listes d'attente ainsi que les délais d'accès à une chirurgie dans les établissements. Une épuration des listes d'attente pour la chirurgie de la cataracte, l'arthroplastie du genou et l'arthroplastie de la hanche a été réalisée à l'hiver 2006. Cette activité d'épuration des listes d'attente et des délais d'accès doit se poursuivre pour l'ensemble des catégories de chirurgie au cours de l'année 2006-2007.

Malgré des résultats encourageants, la réduction des délais d'accès demeure un défi important en raison de plusieurs facteurs : les besoins accrus en lien avec le vieillissement de la population, la disponibilité des effectifs médicaux (anesthésistes et chirurgiens) ainsi que la disponibilité d'une main-d'œuvre habilitée en soins infirmiers au bloc opératoire. Le Ministère entend poursuivre ses efforts jusqu'à ce que les délais d'accès soient en conformité avec les délais maximums à respecter pour offrir à la population du Québec les services dont elle a besoin.

Orientation : Offrir un continuum de services pour la lutte contre le cancer et pour les personnes atteintes de maladies chroniques

Axe : Prévention

OBJECTIF : Implanter des services de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques.

Indicateur	Résultat 2004-2005	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Proportion de territoires locaux où sont implantés ces services	30,2 %[1]	Augmenter la proportion de territoires locaux où sont implantés ces services	62,5 %[2]

1. Ce résultat pourrait cependant être révisé et complété puisque les régions du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ne sont pas incluses dans la compilation.
2. Ce résultat devra cependant être révisé et complété puisque la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine n'est pas incluse dans la compilation.

Commentaires

Quatre maladies chroniques, soit les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète, sont responsables de plus de 70 % des décès au Québec chaque année. Il est toutefois possible de prévenir l'apparition et le développement de ces maladies en agissant sur certains déterminants de la santé. Ainsi, des activités de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques figurent parmi les activités à déployer prioritairement dans le cadre du *Programme national de santé publique 2003-2012*. Ces

activités couvrent quatre déterminants de la santé : la saine alimentation, la pratique régulière d'activité physique, le non-usage du tabac ainsi que le soutien à la création d'environnements sécuritaires et favorables à la santé et au bien-être.

Ainsi, l'utilisation d'un modèle alliant les actions agissant tant sur les individus que sur les environnements physiques, sociaux ou politiques représente une avenue prometteuse pour agir efficacement et contribuer à la prévention de maladies chroniques. Les succès récents en matière de réduction du tabagisme ont d'ailleurs été largement attribués à la synergie des stratégies de modification des environnements et des comportements individuels.

Au Québec, en 2005-2006, 62,5 % des territoires locaux (incluant le Nord-du-Québec) ont offert des activités de promotion en lien avec les quatre déterminants précités, ce qui représente plus du double du résultat obtenu l'an dernier (30,2 %).

De façon détaillée, incluant le Nord-du-Québec, 88,5 % des territoires locaux ont offert des activités de promotion axées sur la nutrition ; 99,0 % ont réalisé des activités de promotion axées sur le non-usage du tabac ; 95,8 % ont offert des activités de promotion axées sur l'activité physique ; et, enfin, 62,5 % ont mis en place des activités de soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être.

Le Ministère publiera, en 2006-2007, un cadre de référence sur la promotion de saines habitudes de vie et sur la prévention des maladies chroniques. Les démarches de soutien à l'implantation du *Programme 0-5-30 Combinaison prévention* ainsi que la collaboration, avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, au programme gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie *Vas-y, fais le pour toi* et au programme Kino-Québec seront poursuivies.

OBJECTIF : Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'appels enregistrés à la ligne téléphonique 1-800	17 547	n.d.	17 890
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme	4 005	4 937	4 871*

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Dans le cadre du *Programme national de santé publique 2003-2012*, du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005* et du *Plan d'abandon du tabagisme*, le Ministère poursuit l'implantation de services de cessation tabagique gratuits et accessibles dans toutes les régions du Québec. En plus d'une ligne téléphonique nationale gratuite, la totalité des régions du Québec sont dotées de services d'abandon du tabagisme dont la plupart sont situés dans les CSSS.

La ligne téléphonique *J'Arrête* est développée conjointement par le Conseil québécois sur le tabac et la santé et la Société canadienne du cancer et elle est opérée par cette dernière. Cette ligne offre des services de soutien par des agents formés spécialement en arrêt tabagique. Les services offerts sont : des consultations brèves ou plus longues avec suivi, l'orientation du fumeur vers le centre d'abandon du tabagisme de sa région, de l'information, etc.

Le résultat atteint, en 2005-2006, porte sur le nombre d'appels enregistrés à la ligne 1-800, soit 17 890 appels. Cependant, aucune cible n'a été fixée, car cet indicateur en est à sa première année d'opérationnalisation.

Pour leur part, les centres d'abandon du tabagisme (CAT) sont des lieux où sont offerts gratuitement un ensemble de services de cessation tabagique à toutes les personnes qui en font la demande. Ceux-ci sont dispensés par des professionnels de la santé et des services sociaux ou par des intervenants formés à cet effet. Les services offerts par les CAT sont des services d'information et de documentation, des services de référence, des interventions brèves et du soutien intensif, individuel ou en groupe.

En 2004-2005, 4 005 fumeurs avaient reçu des services individuels de cessation dans les CAT ; le résultat en fin d'année 2005-2006 est de 4 871 fumeurs. Il y a donc une augmentation importante du nombre de fumeurs ayant reçu des services de cessation, même si la cible n'a pas été atteinte. Il importe de préciser que le résultat obtenu ne prend en compte que les services individuels en CSSS mission CLSC. En 2006-2007, les interventions de groupe seront compilées, ce qui devrait avoir pour résultat d'améliorer la performance de l'ensemble des régions puisque plusieurs offrent déjà des services de groupe.

Enfin, les résultats démontrent que les services de cessation tabagique sont de plus en plus implantés et utilisés par la population. L'adoption récente de la nouvelle Loi sur le tabac porte à croire que ces services connaîtront un plus grand achalandage au cours de la prochaine année.

OBJECTIF : Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Taux de participation au programme	47,9 %	Augmentation	49,4 %
Taux de cancers détectés	6,4 cancers détectés pour 1 000 dépistages initiaux	Plus de 5,0 cancers détectés pour 1 000 dépistages initiaux	6,5 cancers détectés pour 1 000 dépistages initiaux
	5,4 cancers détectés pour 1 000 dépistages subséquents	Plus de 3,5 cancers détectés pour 1 000 dépistages subséquents	5,4 cancers détectés pour 1 000 dépistages subséquents
Taux de référence pour investigation	14,5 % en dépistage initial	Diminution	14,9 % en dépistage initial
	7,9 % en dépistage subséquent		7,4 % en dépistage subséquent

Commentaires

Le cancer du sein est le cancer le plus diagnostiqué chez les femmes et près de 50 % des cas se retrouvent dans le groupe d'âge de 50 à 69 ans. Un rapport récent de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) vient de reconfirmer la pertinence d'offrir le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) qui s'adresse à cette clientèle et dont l'objectif est de réduire la mortalité reliée à ce type de cancer.

Au cours de l'exercice 2005-2006, le taux de participation au PQDCS est passé de 47,9 % à 49,4 %. Plusieurs facteurs ont contribué à cette augmentation : la promotion du programme, le soutien accru des services itinérants de mammographie, la mise en place d'une ligne téléphonique de soutien pour les centres de dépistage, la récupération de la certification de certains centres desservant un grand bassin de population et l'expérimentation dans certaines régions d'une nouvelle invitation à participer au programme envoyée à toutes les femmes qui n'avaient pas répondu à la première.

Au plan national, le taux de cancers détectés se maintient à un niveau supérieur aux normes fixées pour les programmes de dépistage. Il atteint 6,5 cancers détectés pour 1 000 dépistages initiaux, alors que la cible était de 5,0 pour 1 000, et il atteint 5,4 cancers détectés pour 1 000 dépistages subséquents, par rapport à une cible de 3,5 pour 1 000.

Le taux de référence pour investigation représente la proportion de femmes qui ont obtenu un résultat anormal à la mammographie de dépistage et qui sont référées pour investigation en vue d'un diagnostic de cancer ou non. La norme établie pour le taux de référence pour investigation au dépistage initial est de moins de 7 %, et pour le dépistage subséquent, de moins de 5 %. Quand la norme n'est pas respectée, plus de femmes sont référées pour investigation et elles vivent des situations anxiogènes inutilement puisque seulement un très petit nombre parmi celles-ci se verront confirmer un diagnostic de cancer du sein. De plus, un trop grand nombre d'examens peut entraîner un problème d'accessibilité.

En 2005-2006, le taux de référence pour investigation a connu une légère hausse au dépistage initial, alors que la cible visait une diminution. Il est passé de 14,5 % à 14,9 %. Le taux de référence pour investigation au dépistage subséquent se situe à 7,4 % en 2005-2006, soit une baisse de 0,5 % comparativement à l'année précédente.

Les travaux entrepris en assurance de la qualité visent spécifiquement à réduire ces taux de référence pour investigation. Les démarches amorcées avec le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Association des radiologistes du Québec se poursuivent. Enfin, des travaux en vue d'améliorer la qualité technique de la mammographie sont en cours : élaboration d'un nouveau manuel de contrôle de la qualité du physicien et développement d'un logiciel de contrôle de la qualité des appareils de mammographie.

Axe : Services de première, deuxième et troisième lignes

OBJECTIF : Assurer la disponibilité des équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales de lutte contre le cancer.

Indicateurs	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'équipes interdisciplinaires locales	28	28
Nombre d'équipes interdisciplinaires régionales	5	5

Commentaires

Le processus de reconnaissance des équipes interdisciplinaires permet de porter un regard sur l'application de critères précis qui tiennent compte des paramètres d'organisation de services et des normes de qualité attendues d'une équipe interdisciplinaire conformément aux orientations du *Programme québécois de lutte contre le cancer* (PQLC). L'objectif ultime est de se doter, à la grandeur du Québec, d'une organisation de services de lutte contre le cancer intégrée et hiérarchisée et d'un cadre de gestion de l'imputabilité qui régit les opérations du programme.

Cette organisation de services vise à offrir des services le plus près possible du milieu de vie des personnes tout en concentrant l'expertise. La pierre angulaire d'une telle organisation de services est la mise en place d'équipes de lutte contre le cancer de niveau local, régional et suprarégional. À cette fin, un mandat a été donné en novembre 2004 à un groupe-conseil composé d'experts dans le domaine pour évaluer les équipes proposées par les agences en vue de leur désignation à titre d'équipes locales, régionales ou suprarégionales. Le groupe-conseil s'assure de la conformité des équipes avec neuf éléments spécifiques : un engagement formel, une structure organisationnelle, des ressources dédiées, la formation continue pour les intervenants, un fonctionnement interdisciplinaire, une intégration avec les partenaires, des stratégies pour favoriser la participation de la personne atteinte et de ses proches, un processus de standardisation et de contrôle de la qualité et un processus d'évaluation (monitorage des résultats).

À l'issue des visites, des recommandations particulières ont été transmises à chacune des équipes, ainsi qu'une conclusion parmi les trois suivantes :

1. désignation (l'agence doit assurer le suivi des recommandations et voir, le cas échéant, s'il y a lieu de maintenir la désignation d'ici un an) ;
2. en processus de désignation (l'équipe doit répondre adéquatement aux recommandations d'ici un an avant qu'elle puisse être désignée) ;
3. non-désignation (l'équipe doit au préalable donner suite aux recommandations avant de présenter de nouveau sa candidature pour évaluation).

Au cours de l'année 2005-2006, les visites d'évaluation ont eu lieu dans huit régions du Québec, soit dans les régions du Bas-Saint-Laurent, de la Mauricie et Centre-du-Québec, de l'Estrie, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Chaudière-Appalaches.

Sur les 28 équipes avec mandat local, dix-huit ont été recommandées pour être désignées, six sont en processus de désignation et quatre équipes doivent donner suite aux recommandations émises avant de pouvoir postuler de nouveau un mandat d'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer. Quant aux cinq équipes visitées visant un mandat régional, quatre ont été recommandées pour désignation et l'autre a un potentiel pour exercer un tel rôle.

Par ailleurs, outre les exigences à satisfaire pour être reconnue comme équipe locale ou régionale, des critères précis ont été définis en 2005-2006 pour la désignation des équipes suprarégionales. Ainsi, un mandat d'équipe suprarégionale de lutte contre le cancer est attribué à une équipe interdisciplinaire qui a développé une expertise dans la lutte contre le cancer pour un siège tumoral spécifique, un cancer rare ou pour une problématique particulière. Ce mandat exige des professionnels ultraspécialisés, une infrastructure à la fine pointe de la technologie et des services fournis uniquement sur référence. Selon la planification actuelle, l'évaluation des équipes suprarégionales devrait être amorcée à l'automne 2006.

L'objectif visé est la mise en place d'un réseau de services intégrés qui permettra d'offrir des services de qualité centrés sur la personne et d'accroître l'accessibilité des services et de l'expertise. Il faut préciser que la démarche actuelle s'insère dans un processus évolutif.

OBJECTIF : Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai maximum établi de huit semaines.

Indicateur	Résultat 2004-2005	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Nombre de patients en attente de plus de 8 semaines entre la consultation du radio-oncologue et le début du traitement	55 patients	0 patient	1 patient en attente de traitement depuis plus de 8 semaines au 31 mars 2006

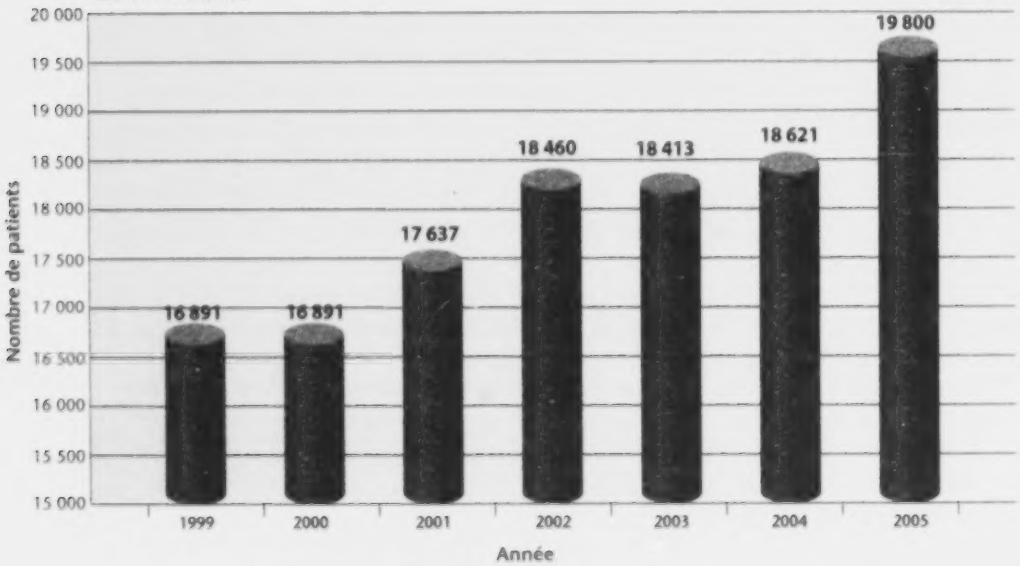
Commentaires

Le Québec compte dix centres de radio-oncologie répartis dans sept régions. Par région, ces centres sont :

Bas-Saint-Laurent :	le Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette ;
Saguenay–Lac-Saint-Jean :	le Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi ;
Capitale-Nationale :	le Centre hospitalier universitaire de Québec ;
Mauricie et Centre-du-Québec :	le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières ;
Estrie :	le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke ;
Montréal :	l'Hôpital général juif ; le Centre hospitalier de l'université de Montréal, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et le Centre universitaire de santé McGill ;
Outaouais :	le Centre de santé et de services sociaux de Gatineau.

Plus de 19 800 patients ont été traités dans ces centres au cours de l'année 2005-2006.

Nombre de patients traités en radio-oncologie* de 1999 à 2005



* Ces chiffres n'incluent pas les 1 610 patients traités aux États-Unis du 1er janvier 1999 au 31 janvier 2002.

Au 31 mars 2006, un seul patient était en attente de traitement depuis plus de huit semaines. Ceci constitue une diminution majeure des cas en attente, comparativement à 55 en 2005, à 178 en 2004 et à 233 en 2003. En outre, au 31 mars 2006, cinq centres de radio-oncologie avaient atteint la cible visée, soit le Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, le Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, le Centre hospitalier universitaire de Québec, le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et l'Hôpital général juif.

En radio-oncologie, l'année 2005-2006 a été marquée par la consolidation des mesures visant à soutenir les équipes de radio-oncologie. L'état de la liste d'attente dans les centres de radio-oncologie a été étroitement suivi sur une base hebdomadaire. Les stratégies mises en place pour diminuer la liste d'attente en 2005-2006 étaient axées sur les éléments suivants :

Le plan stratégique de main-d'œuvre et les corridors de services

- Poursuite de l'application des volets du plan stratégique de main-d'œuvre pour les technologues en radio-oncologie.
- Consolidation des corridors de services permettant le transfert de patients en attente de traitement depuis plus de huit semaines entre les quatre centres de radio-oncologie de la région de Montréal.
- Renforcement des corridors de services opérationnels avec les centres de radio-oncologie du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et du Centre hospitalier universitaire de Québec.
- Consolidation de deux corridors supplémentaires, l'un entre le Centre hospitalier universitaire de Montréal et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, l'autre entre ce dernier et l'Hôpital Charles LeMoyne.
- Mise en place d'une mesure administrative de temps supplémentaire s'adressant essentiellement aux technologues en radio-oncologie.

Le financement des hôtelleries-cancer

- Poursuite du financement ministériel de un million de dollars en soutien à la Fondation québécoise du cancer pour la construction de deux nouvelles hôtelleries-cancer, l'une à Trois-Rivières et l'autre à Gatineau, et pour l'agrandissement de l'hôtellerie-cancer à Sherbrooke. Ce financement permet l'ouverture de 50 nouvelles places d'hébergement pour les personnes devant recevoir des traitements de radiothérapie en dehors de leur région de résidence.

Par ailleurs, dans la perspective d'une amélioration continue de l'accès aux services spécialisés en radiothérapie, la cible ministérielle a été modifiée et sera en application lors du prochain exercice de reddition de comptes. La nouvelle cible sera de traiter 90 % des patients dans un délai ne dépassant pas quatre semaines.

OBJECTIF : **Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en cardiologie tertiaire.**

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en hémodynamie	Catégorie A[1] : 80,9 % Catégorie B[2] : 81,9 %	Catégorie A : 100 % Catégorie B : 75 %	Catégorie A : 88,0 % Catégorie B : 90,1 %
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque	Catégorie A[3] : 81,6 % Catégorie B[4] : 72,9 %	Catégorie A : 100 % Catégorie B : 75 %	Catégorie A : 87,5 % Catégorie B : 72,6 %
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie	Catégorie A[5] : 62,1 % Catégorie B[6] : 53,8 %	Catégorie A : 100 % Catégorie B : 50 %	Catégorie A : 61,6 % Catégorie B : 41,7 %

1. Demandes de service de priorité 1, 2, 3.1, 3.2 et 4.
2. Demandes de service de priorité 5.1 et 5.2.
3. Demandes de service de priorité 1, 2 et 3.
4. Demandes de service de priorité 4 et 5.
5. Demandes de service de priorité 1 et 2.
6. Demandes de service de priorité 3, 4 et 5.

Commentaires

Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de morbidité et de mortalité au Canada et il est prévu que la population en souffrant augmentera graduellement jusqu'en 2015. Aussi, les modalités du traitement et de la prise en charge de cette clientèle ont grandement changé. En effet, l'évolution technologique offre des possibilités thérapeutiques plus étendues et entraîne des changements majeurs dans la façon de traiter les patients atteints de maladies coronariennes. Par exemple, la croissance du nombre d'interventions thérapeutiques pour revascularisation (pontage), conjuguée à un glissement de la chirurgie vers l'angioplastie, entraîne un plafonnement de la référence en chirurgie cardiaque.

Bien que les cibles 2005-2006 n'aient pas été atteintes, il est noté une amélioration des résultats par rapport à 2004-2005 en hémodynamie et en chirurgie cardiaque. Il est important de mentionner qu'en moyenne 16 % des demandes en attente en hémodynamie, en chirurgie cardiaque et en électrophysiologie qui apparaissent dans les « hors délai » le sont pour divers motifs personnels, médicaux ou de recherche. Ces motifs ne relèvent donc pas de l'accès aux services dans les établissements. Cet état de fait a un impact considérable sur les résultats observables dans les statistiques sur les demandes de service. Autrement dit, en cardiologie tertiaire, les cibles sont, la plupart du temps, atteintes ou très près de l'être. Pour ce qui est de l'électrophysiologie, une révision en profondeur de la grille de priorité est nécessaire et elle se fera au cours de l'année 2006-2007. De fait, pour certaines interventions (pose de défibrillateur en prévention primaire et ablation de fibrillation auriculaire), la priorité établie est de deux semaines, alors qu'elle devrait être de trois mois pour l'une et de deux mois pour l'autre. De nombreuses demandes apparaissent alors « hors délai » techniquement, mais non cliniquement. Cela est dû à un changement des pratiques médicales en ce domaine.

L'amélioration du Système de gestion de l'accès aux services (SGAS) qui permet, à partir du 1er avril 2006, l'épuration du temps d'attente devrait fournir, pour tous les secteurs, un portrait encore plus près de la réalité clinique et incidemment plus positif.

Axe : Soins palliatifs

OBJECTIF : **Accroître l'accès aux services de soins palliatifs :**
- **en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile ;**
- **en augmentant l'intensité des services.**

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de personnes desservies à domicile	18 780	19 420	18 890*
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne	15,54	15,29	16,44*

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

En 2004, le Ministère rendait publique la *Politique sur les soins palliatifs en fin de vie*. Celle-ci vise, notamment, à favoriser l'accessibilité, la continuité et la qualité des services d'accompagnement et de soins à offrir en fin de vie. Par ailleurs, la politique étant récente, les efforts sont encore concentrés sur l'organisation des services et la mise en place des équipes soignantes interdisciplinaires et sur leur modalité de fonctionnement optimal. L'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins palliatifs donnés à domicile passe notamment par la desserte du nombre adéquat de personnes et par l'augmentation de l'intensité des services offerts à chaque personne en fin de vie.

En plus des efforts déployés dans l'organisation des services, il y a lieu de noter l'augmentation du nombre d'interventions auprès de chaque personne qui a bénéficié de soins palliatifs à son domicile. À ce chapitre, le résultat de 2005-2006 est de 16,44 interventions à domicile par personne, dépassant la cible qui était de 15,29.

Par ailleurs, la cible 2005-2006 concernant le nombre de personnes desservies à domicile n'a pas été atteinte, le résultat 2005-2006 étant de 18 890 personnes, alors que la cible avait été fixée à 19 420 personnes. Cependant, selon les informations fournies par les agences, la très grande majorité des patients nécessitant des soins palliatifs à domicile ont été desservis. Aussi, aucun délai d'attente dans l'accès à ce type de services n'est observé. Il est possible que des personnes âgées qui recevaient des services de soutien à domicile puissent avoir bénéficié de soins de fin de vie sans toutefois que ceux-ci aient été comptabilisés comme tels.

Toutefois, l'accès aux soins palliatifs demeure une préoccupation pour le Ministère. Ainsi, la mise en place de lits dédiés à cette clientèle est une offre de soins palliatifs complémentaire à ceux offerts au domicile des gens. L'existence de lits dédiés à cette fin est donc une autre condition d'accès aux soins palliatifs. L'ajout de places à celles déjà existantes contribuera à augmenter le nombre de personnes qui bénéficieront de soins palliatifs en fin de vie. Ces lits se trouvent dans des unités de soins palliatifs ou hors des unités de soins palliatifs de CSSS, de CHU, d'instituts, de CHSLD non affiliés à un CSSS et dans des maisons de soins palliatifs.

Orientation : Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible dans leur communauté

Axe : Prévention

OBJECTIF : **Implanter les services de prévention des chutes destinés aux personnes âgées vivant à domicile dans tous les territoires locaux, comme défini dans le cadre de référence ministériel.**

Indicateur	Résultat 2004-2005	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Proportion de territoires locaux où sont implantés ces services	45,8 %	Augmentation de la proportion de territoires locaux où sont implantés ces services	67,7 %

Commentaires

Pour plusieurs personnes âgées de 65 ans et plus, la chute constitue l'événement déclencheur d'une perte de mobilité et d'autonomie. L'importance d'agir afin de réduire l'ampleur de ce problème est reconnue par le *Programme national de santé publique 2003-2012* de même que par le *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*. Ainsi, une activité de prévention des chutes sera déployée au cours du premier cycle d'implantation du programme, d'ici 2007, soit la promotion et le soutien de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque, notamment celles qui ont déjà fait une chute. Pour soutenir le déploiement de cette activité ainsi que de l'ensemble des services de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile, le Ministère a diffusé, en novembre 2004, un cadre de référence *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*.

Les mesures multifactorielles de prévention des chutes comprennent deux types d'interventions : les interventions personnalisées et les interventions non personnalisées. Les interventions personnalisées s'adressent aux personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie qui présentent une histoire de chute et un risque élevé de tomber de nouveau en raison de leur état de santé. Les interventions non personnalisées (du type PIED), pour leur part, s'adressent aux personnes âgées de la communauté présentant des problèmes d'équilibre ou se percevant à risque de chute.

Au Québec, en 2005-2006, en incluant la région du Nord-du-Québec, 67,7 % des territoires locaux, soit 65 sur 96, ont implanté des mesures multifactorielles de prévention des chutes chez les personnes âgées, ce qui représente une augmentation par rapport au résultat obtenu l'an dernier (45,8 %). Il s'agit de la proportion minimale de territoires locaux ayant implanté ces mesures, l'information demandée aux régions ne permet pas de distinguer les territoires locaux qui offrent les deux types d'interventions à la fois. Plus précisément, 66,7 % des territoires locaux ont déployé les interventions multifactorielles non personnalisées et 16,7 % les interventions multifactorielles personnalisées.

Ces résultats montrent que l'implantation des services de prévention des chutes est bien amorcée dans la plupart des régions du Québec, tout particulièrement les interventions multifactorielles non personnalisées. Des efforts se poursuivront pour soutenir l'implantation des mesures personnalisées.

Axe : Services dans la communauté

OBJECTIF : **Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile :**

- **en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies ;**
- **en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.**

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de personnes desservies	157 216	160 982	155 133*
Nombre moyen d'interventions par personne	23,3	23,3	25,2*

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

En conformité avec les orientations inscrites à la fois dans la *Politique de soutien à domicile, Chez soi : le premier choix* ainsi que dans le *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*, les CSSS sont appelés à desservir à domicile un plus grand nombre de personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. De plus, afin de soutenir adéquatement ces personnes et d'éviter le recours à des services plus spécialisés, une intensité suffisante des services à domicile est nécessaire.

En 2005-2006, la cible concernant le nombre d'usagers en perte d'autonomie liée au vieillissement recevant des services de soutien à domicile n'a pas été atteinte. Une baisse de 2 083 personnes par rapport à 2004-2005 est observée. Il est important de noter que les données de 2005-2006 proviennent du système d'information I-CLSC et que cette banque d'information a fait l'objet d'efforts majeurs de la part des intervenants du réseau afin de mieux codifier les personnes et les interventions dans les programmes-services auxquels elles appartiennent. Ainsi, cette baisse donne la fausse impression d'une diminution du nombre d'usagers rejoints par rapport à 2004-2005.

À titre d'exemple, les activités de vaccination et de prélèvement offertes aux personnes de 65 ans et plus ne sont plus comptabilisées dans le programme des personnes en perte d'autonomie, mais dans le programme de santé publique. Également, une partie de la clientèle des personnes âgées de 65 ans et plus était automatiquement inscrite à tort dans le programme des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement alors que cette clientèle pouvait consommer des services qui ne sont pas liés nécessairement au vieillissement. Cette nouvelle manière de saisir les services rendus traduit mieux la réalité. Cette étape d'harmonisation de la collecte de données est en grande partie terminée et elle laisse croire que le nombre de personnes rejointes, soit 155 133, constitue une base de référence solide. Cette clientèle reçoit une intensité de services à la hauteur des attentes ministérielles, lui permettant ainsi de vivre le plus longtemps possible dans son milieu de vie naturel.

Cependant, l'intensité des services rendus à ces personnes s'est nettement améliorée, passant de 23,3 à 25,2 interventions par usager, soit une augmentation de 8,2 % par rapport à l'année précédente. Cette augmentation est attribuable en grande partie à l'augmentation réelle du nombre d'interventions (254 000) plutôt qu'à la diminution du nombre de personnes rejointes. Cette performance permet même de dépasser la cible 2010 qui est fixée à 24 interventions par personne.

Axe : Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

OBJECTIF : **Rehausser les soins et les services pour les personnes actuellement hébergées dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées :**

- **en soins infirmiers et d'assistance à un niveau de 3 heures travaillées par jour-présence en 2010 ;**
- **en services professionnels pour atteindre 0,23 heure travaillée par jour-présence en 2010.**

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance	2,964	2,970	2,992
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels	0,218	0,220	0,209

Commentaires

Actuellement, 3,4 % des personnes âgées sont hébergées dans un CHSLD en raison de leur grande perte d'autonomie. L'intensité ainsi que la nature des services cliniques requis par ces personnes les empêchent de demeurer à leur domicile en toute sécurité. Il est important d'offrir à ces personnes âgées en lourde perte d'autonomie des services de qualité et en quantité suffisante. Pour répondre le plus adéquatement possible à ces besoins cliniques, le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance ainsi qu'en services professionnels doit être augmenté en CHSLD.

En 2005-2006, le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance a atteint 2,992 heures, dépassant ainsi la cible établie à 2,970 heures. Ce résultat, qui se situe très près de la cible 2010 fixée à 3 heures, s'explique par le fait que les agences ont priorisé les soins infirmiers et d'assistance durant cette période.

Une baisse peu perceptible est constatée quant au nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels. Les services professionnels sont les services de nutrition clinique, de pharmacie, de physiothérapie, d'ergothérapie, etc. Le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence est passé de 0,218 en 2004-2005 à 0,209 cette année. Ce résultat ne permet pas d'atteindre la cible 2005-2006. La cible 2010 se situe à 0,23 heure travaillée par jour-présence.

Des efforts significatifs devront se poursuivre pour atteindre les cibles 2010, plus particulièrement en ce qui concerne les services professionnels, compte tenu que l'hébergement en CHSLD sera réservé aux personnes qui en ont le plus besoin sur le plan clinique.

Axe : Qualité des services

OBJECTIF : **Poursuivre la démarche d'appréciation de la qualité des services par les visites dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée:**

- **que 60 % des installations d'hébergement de longue durée soient visitées d'ici 2010, ce qui suppose une moyenne de 10 % des installations par année ;**
- **que 70 % des installations visitées aient mis en œuvre, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, les orientations ministérielles ;**
- **que chaque installation ait atteint, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, 70 % et plus des objectifs définis dans le plan de correctifs convenu avec l'agence à la suite du dépôt du rapport d'appréciation.**

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Pourcentage d'installations visitées	10 %, soit 48 installations	10 %, soit 47 installations	10 %, soit 48 installations
Pourcentage d'installations ayant mis en œuvre, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, les orientations ministérielles	44,6 %, soit 21 installations	70 %, soit 33 installations	36 %, soit 17 installations
Pourcentage d'installations ayant donné suite, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, à 70 % et plus des recommandations émises	58 %[1], soit 22 installations	70 %, soit 33 installations	41,9 %[2], soit 18 installations

1. Le pourcentage a été calculé sur 38 établissements, car certaines régions ont fourni des dossiers globalisés.
2. Le pourcentage a été calculé sur 43 établissements, car certaines données étaient manquantes ou non requises.

Commentaires

Les visites d'appréciation de la qualité des services visent à promouvoir la création d'un milieu de vie de qualité pour toute personne vivant dans un milieu de vie substitut. Les aspects appréciés sont : la qualité et l'accessibilité des services et des activités, l'environnement humain, l'environnement physique ainsi que les mesures, les mécanismes, les outils ou les protocoles contribuant à un milieu de vie de qualité.

Les visites en CHSLD en sont à leur troisième année. D'ici 2010, il est prévu que 60 % des installations d'hébergement de longue durée auront été visitées. Entre les mois d'octobre 2005 et mai 2006, 48 nouvelles installations offrant de l'hébergement de longue durée ont été visitées, ce qui rejoint la cible. Ces visites s'ajoutent aux 95 qui avaient été réalisées au cours des deux premières années. Un total de 143 installations ont donc été visitées à ce jour, ce qui représente environ 30 % des installations d'hébergement de longue durée existantes.

À la suite de chacune de ces visites, un rapport a été produit et transmis à l'agence afin qu'elle convienne, avec l'établissement en cause, d'un plan de correctifs, et ce, dans les 60 jours suivant l'envoi du rapport. L'agence doit par la suite en assurer le suivi. Le 31 mars de chaque année, l'agence transmet au Ministère le bilan de la mise en œuvre de ces plans, et ce, pour chacun des établissements visités l'année antérieure. Les résultats présentés relatifs aux deux indicateurs retenus, soit le pourcentage d'installations ayant mis en œuvre, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, les orientations ministérielles et le pourcentage d'installations ayant donné suite, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, à 70 % et plus des recommandations formulées dans le rapport de visite, concernent les 47 installations visitées en 2004-2005.

L'indicateur du niveau d'avancement de la mise en œuvre des orientations ministérielles témoigne de l'appréciation réalisée par l'équipe de visite. Il est obtenu à partir du traitement des grilles complétées par cette dernière. Les résultats colligés en 2005-2006 indiquent que 36 % des installations visitées (en 2004-2005) ont atteint, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, les objectifs énoncés à partir de ces orientations. La cible n'a donc pas été atteinte. Cette situation s'explique par le fait que les orientations ministérielles sont relativement nouvelles et qu'il faut laisser du temps aux établissements pour s'y conformer.

De plus, les résultats colligés en 2005-2006 indiquent que 41,9 % des installations visitées (en 2004-2005) ont réalisé, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, l'ensemble des recommandations qui leur avaient été adressées. Ce résultat permet d'apprécier le suivi donné aux recommandations formulées dans les rapports de visite. La cible n'a pas été atteinte. Cependant, la mise en place de certains correctifs peut s'échelonner sur plus d'une année, comme les réaménagements physiques, ce qui n'est pas pris en compte dans le traitement des données présentées.

Par ailleurs, en juin 2005, des visites ont été amorcées dans deux autres secteurs d'activité : les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et les CPEJ, volet application de la protection de la jeunesse. Le processus mis en place ainsi que les modalités opérationnelles sont similaires à ceux des visites en CHSLD.

Au total, 820 RI-RTF ont été rencontrées et 412 ont été visitées entre juin 2005 et mai 2006 afin de rejoindre chacune des clientèles vivant dans ces ressources (jeunesse, personnes âgées, santé mentale et déficience intellectuelle). En protection de la jeunesse, huit CPEJ ont fait l'objet d'une visite. Le processus de protection mis en place et la qualité du milieu de vie et des services en milieu institutionnel étaient particulièrement ciblés dans le cadre de cette opération.

Les visites d'appréciation se poursuivront en 2006-2007 dans les trois secteurs d'activité : CHSLD, RI-RTF et CPEJ. Un effort additionnel sera fait afin d'améliorer le traitement et le suivi de la mise en œuvre des plans d'action.

Orientation : Intervenir de façon précoce, intensive et en continuité, le plus près possible des milieux de vie, afin de prévenir l'aggravation et la récurrence des problèmes d'adaptation sociale des jeunes et des familles

Axe : Promotion et prévention

OBJECTIF : Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, en s'assurant :

- **de rejoindre 90 % des jeunes femmes enceintes et des mères âgées de moins de 20 ans ;**
- **de rejoindre 75 % des femmes enceintes et des mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté.**

Indicateurs	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Proportion de femmes visées rejointes (moins de 20 ans)	81 %	62 %[1]*
Proportion de femmes visées rejointes (20 ans et plus)	60 %	40 %[1]*

1. Ces résultats devront cependant être révisés et complétés puisque la région des Laurentides n'est pas incluse dans la compilation.

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

L'implantation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité s'inscrit dans la foulée des efforts investis au cours des dernières années pour soutenir le développement des jeunes enfants de milieux vulnérables. Plus spécifiquement, ces services visent à diminuer les situations de négligence, d'abus et de violence envers des enfants, à donner le soutien nécessaire aux parents afin de favoriser le développement global des enfants et à prévenir et réduire les difficultés d'adaptation sociale et les retards dans le développement des enfants. Ils s'adressent aux jeunes femmes enceintes et aux mères âgées de moins de 20 ans (soutien aux jeunes parents) ainsi qu'aux femmes enceintes et aux mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté (soutien aux familles vivant en contexte d'extrême pauvreté).

Au Québec, en 2005-2006, les régions ont rejoint 62 % des jeunes mères âgées de moins de 20 ans et 40 % des mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu. Ces résultats ne représentent pas l'ensemble des femmes ayant reçu ces services au cours de l'année, mais uniquement les femmes nouvellement inscrites et ayant accouché dans l'année.

La non-atteinte des cibles fixées doit être interprétée avec réserve. Elle peut s'expliquer, d'abord, par l'introduction d'une nouvelle fiche de collecte de données à l'automne 2005, laquelle semble avoir causé une certaine confusion en ce qui a trait à l'inscription des données. Par ailleurs, la diminution constante du nombre de naissances, chez les mères âgées de moins de 20 ans, entraîne un

certain biais compte tenu que le fichier des naissances utilisé dans la plupart des régions pour déterminer le dénominateur reflète la réalité de 2002 ou de 2003. Enfin, la modification de la méthode de calcul de l'indicateur fait en sorte que seules les femmes ayant accouché dans l'année ont été considérées dans le calcul du résultat – excluant ainsi les femmes suivies en prénatal et qui accoucheront au cours de la prochaine année –, ce qui explique en bonne partie le résultat obtenu pour le présent exercice.

Au cours de l'exercice 2006-2007, l'utilisation de la même méthode de calcul de même que la possibilité d'avoir accès à un fichier des naissances plus récent pour déterminer le dénominateur permettront de consolider les façons de faire en assurant la qualité des données.

Les efforts doivent se poursuivre pour rejoindre les clientèles visées, et ce, dès la 12e semaine de grossesse afin de leur offrir l'intensité et la durée de services selon le cadre de référence. Le Ministère poursuit ses travaux d'évaluation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Ainsi, en 2005-2006, huit régions du Québec ont été retenues pour participer à l'évaluation de l'implantation et des effets à court, moyen et long termes des services pour les mères de moins de 20 ans (soutien aux jeunes parents). Par ailleurs, le Ministère continue également de soutenir l'implantation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en offrant notamment de la formation aux intervenants et aux partenaires ainsi qu'en mettant à leur disposition des guides d'intervention et autres outils complémentaires. Ainsi, afin d'assurer des services adaptés à la réalité des parents vivant en contexte de vulnérabilité, un programme de formation continue a été offert à 4 000 intervenants et partenaires à travers la province. De plus, la production de guides d'intervention s'est poursuivie.

OBJECTIF : Implanter l'approche « École en santé » dans les écoles en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Proportion d'agences qui se sont dotées d'un plan de déploiement de l'approche « École en santé »	63,0 %, soit 10 agences sur 16	100 %	81,3 %, soit 13 agences sur 16
Proportion de territoires locaux qui se sont dotés d'un plan de déploiement de l'approche « École en santé »	n.a.	Implantation progressive d'ici 2010	59,4 %, soit 57 territoires locaux sur 96
Nombre d'écoles qui implantent l'approche « École en santé »	n.a.	Implantation progressive d'ici 2010	238 écoles sur 2 530

Commentaires

Le développement et le déploiement de l'approche « École en santé » sont sous la responsabilité conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, et ce, en vertu de l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation et du *Programme national de santé publique 2003-2012*. L'approche « École en santé » est une démarche qui vise à réunir, dans le projet éducatif et le plan de réussite de l'école, une offre globale et concertée d'interventions de promotion de la santé et de prévention, lesquelles sont destinées aux jeunes qui fréquentent les écoles de l'éducation préscolaire et de l'enseignement primaire et secondaire.

Une école qui s'engage dans l'implantation de l'approche « École en santé », selon le cadre de référence *Guide « École en santé » à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*, publié en 2005, doit réaliser les étapes de mise en œuvre proposées et agir globalement sur les facteurs clés du développement des jeunes, à divers niveaux d'intervention à la fois, et ce, par le moyen d'une combinaison de mesures appropriées de promotion de la santé et de prévention.

Au 31 mars 2006, 81,3 % des régions, soit 13 sur 16, se sont dotées d'un plan régional de mise en œuvre de l'approche « École en santé ». Dix d'entre elles l'ont élaboré en collaboration avec les directions régionales du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et d'autres partenaires. Pour les trois autres régions, l'élaboration de ce plan est prévue au cours de l'année 2006-2007.

De plus, 59,4 % des territoires locaux, soit 57 sur 96, incluant le Nord-du-Québec, ont élaboré un plan local de mise en œuvre de l'approche « École en santé ». Ces plans locaux ont été préparés conjointement par les CSSS et les commissions scolaires. Enfin, 53,1 % des territoires locaux, soit 51 sur 96, ont sur leur territoire des écoles publiques qui mettent en œuvre l'approche « École en santé ». Ainsi, 9,4 % des écoles publiques du Québec, soit 238 sur 2 530, mettent en œuvre cette approche.

Les territoires locaux, soutenus par un réseau de répondants régionaux et d'accompagnateurs territoriaux, poursuivront en 2006-2007 le processus d'appropriation et de mise en œuvre de l'approche. En outre, la démarche nationale d'accompagnement, dirigée par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et mettant à contribution l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), sera également poursuivie en 2006-2007. Cette démarche comprend le développement et la réalisation de plans de formation et leurs dérivés tels que la production de guides et d'outils d'analyse de la situation, d'aide à la décision, de promotion de l'approche et des expériences novatrices, ainsi que des activités de soutien et des travaux liés à l'évaluation.

Axe : Services de première ligne

OBJECTIF : Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux :

- **desservir les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux, en rejoignant 7,5 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans ;**
- **accroître le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne sept interventions, par année, par usager.**

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Proportion de jeunes rejoints	6,89 %, soit 106 577 jeunes	7,09 %, soit 108 886 jeunes	7,22 %*, soit 110 973 jeunes
Nombre moyen d'interventions par jeune	5,60	6,64	6,59*

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Il est essentiel que les jeunes et leur famille puissent obtenir de façon précoce et intensive l'aide appropriée pour le traitement de leurs problèmes afin de prévenir la détérioration de la situation et de réduire les difficultés d'adaptation sociale et les conséquences des problèmes vécus. Ce sont principalement les CSSS qui ont la responsabilité d'offrir des services psychosociaux aux enfants, aux jeunes et aux familles. Il s'agit de services d'aide et de soutien individuel et familial, à moyen ou à long terme, qui sont offerts dans les différents milieux de vie des jeunes.

Le nombre d'enfants et leurs parents desservis au cours de l'année 2005-2006 est de 110 973, ce qui représente 7,22 % de la clientèle cible. De plus, sept régions ont dépassé la cible fixée pour 2010, qui est de rejoindre 7,5 % des jeunes.

Concernant le nombre moyen d'interventions par usager, le résultat de 6,59 est supérieur à celui de 5,6 obtenu en 2004-2005, soit une augmentation de 18 %. Malgré le fait que la cible 2005-2006 n'est pas atteinte, les résultats sont très encourageants puisque l'on rejoint un plus grand nombre de jeunes en difficulté et leur famille, tout en leur offrant des services psychosociaux d'une façon plus intensive.

Toutefois, dans certaines régions, la proportion de jeunes rejoints et le nombre moyen d'interventions par jeune demeurent plus faibles. Une attention particulière sera donc apportée pour que des actions soient prises dans ces régions afin que plus de jeunes et leur famille aient accès à des services de première ligne d'une intensité suffisante.

Pour l'année 2006-2007, les sommes allouées permettront de consolider en priorité les services de première ligne pour les enfants dont le signalement n'est pas retenu par le directeur de la protection de la jeunesse. Cette priorité s'inscrit en lien avec les modifications de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), dont le projet de loi est à l'étude au 31 mars 2006. Afin de renforcer le caractère exceptionnel de la LPJ, les motifs qui justifient le recours à cette loi seront mieux circonscrits et des précisions seront apportées aux responsabilités du directeur de la protection de la jeunesse (DPJ). Lorsqu'un signalement ne sera pas retenu, le DPJ aura, notamment, l'obligation d'accompagner les parents et l'enfant qui y consentent vers les ressources appropriées, s'ils ont besoin d'aide. Il s'avère incontournable, par conséquent, que les ressources de première ligne soient en mesure de répondre adéquatement aux besoins de ces familles.

OBJECTIF : Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie dans l'ensemble des régions.

Indicateur	Résultat 2004-2005	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Nombre de jeunes détectés, évalués et référés par un mécanisme d'accès	2 850	3 516	3 910*

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

L'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire* réalisée en 2004 par l'Institut de la statistique du Québec, révèle que 5 % des jeunes du secondaire peuvent être qualifiés de consommateurs problématiques nécessitant l'aide d'un intervenant spécialisé en toxicomanie. Le problème posé par la toxicomanie demeure donc une préoccupation au sein de la société québécoise.

Malgré les progrès importants accomplis au cours des dernières années pour doter le Québec de services spécialisés en toxicomanie, la détection et l'intervention précoce doivent être davantage intégrées à l'ensemble des services de santé et des services sociaux offerts en première ligne. Par ailleurs, améliorer l'accès aux services spécialisés exige d'adapter ceux-ci aux besoins des personnes et de les assujettir à des impératifs de qualité et de continuité, tel que visé dans le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*.

Le Ministère souhaite que davantage de jeunes aux prises avec un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie soient rejoints afin de prévenir une détérioration de leur situation. Ainsi, chaque région du Québec doit s'assurer de prendre les moyens nécessaires afin de détecter les jeunes de moins de 18 ans qui nécessitent une évaluation et une référence possible vers des services spécialisés en toxicomanie.

À cet égard, en 2005-2006, la majorité des régions ont mis en place une trajectoire de services favorisant la détection, l'appariement de la clientèle[2] ainsi que la référence des jeunes vers des services spécialisés. Bien que toutes les régions ne se soient pas dotées de mécanisme, le résultat de 3 910 jeunes rejoints dépasse la cible nationale de 394. En 2006-2007, l'ensemble des régions devrait assurer un meilleur appariement de cette clientèle et s'approcher de la cible fixée pour 2010 en favorisant la mise en place d'une trajectoire de services.

Axe : Services de deuxième ligne

OBJECTIF : **Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse du Québec, offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents :**

- **dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu ;**
- **dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.**

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Délai moyen d'attente pour l'évaluation en protection de la jeunesse	23,21	12,00	16,99*
Délai moyen d'attente pour l'application des mesures en protection de la jeunesse	35,94	30,00	27,77*

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Les seize centres de protection de l'enfance et de la jeunesse du Québec (CPEJ) offrent notamment des services psychosociaux et de réadaptation en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

2. L'appariement de la clientèle signifie le fait de répondre adéquatement aux besoins de la personne par des services adaptés à sa situation.

La situation des délais moyens d'attente à l'étape de l'évaluation et de l'application des mesures s'est améliorée de façon significative au cours de la dernière année. Le délai moyen d'attente à l'étape de l'évaluation est de 16,99 jours pour l'exercice 2005-2006, comparativement à 23,21 jours l'année précédente, soit une diminution de 26,8 %. D'ici 2010, des efforts supplémentaires devront être investis dans ce domaine afin d'atteindre la cible établie à 12 jours pour les services d'évaluation. Il est cependant essentiel de préciser qu'un mécanisme permettant de déterminer le degré d'urgence est en place et que la sécurité des enfants est assurée en tout temps. Quant au délai moyen d'attente à l'étape de l'application des mesures, il est passé de 35,94 jours en 2004-2005 à 27,77 jours en 2005-2006, soit une diminution de 23 %. Il faut souligner, à cet égard, que la cible fixée de 30 jours est atteinte.

Par ailleurs, les délais varient d'une région à l'autre. De fait, les résultats sont très encourageants dans cinq CPEJ avec des délais d'attente à l'évaluation inférieurs à la cible. Toutefois, des difficultés sont à signaler dans trois régions au regard de ces délais. Quant au délai d'attente pour l'application des mesures, la plupart des CPEJ ont atteint la cible. Cependant, trois CPEJ affichent un délai supérieur à 40 jours, ce qui nécessitera des améliorations au cours de la prochaine année.

Les difficultes rencontrées par certains CPEJ s'expliquent notamment par le fait qu'ils sont confrontés à une augmentation de la pression des services. En effet, malgré une baisse constante de la population des jeunes de 0 à 17 ans, une augmentation des signalements aux services de protection de la jeunesse est constatée depuis les dernières années. Au 31 mars 2006[3], 67 633 signalements avaient été reçus, comparativement à 62 973 à pareille date l'année précédente. Il s'agit d'une augmentation de 7,4 %. Ce résultat peut s'expliquer par une plus grande sensibilisation du public aux besoins des jeunes découlant notamment de certains événements médiatiques au cours de la dernière année. De ce nombre, 31 105 signalements ont été retenus. Ce résultat est supérieur de 7,8 % à celui de 2004-2005.

Le Ministère assurera un suivi étroit au cours de la prochaine année auprès des régions ayant le plus de difficultés à atteindre les cibles fixées en matière de délai moyen d'attente pour l'évaluation et de délai moyen d'attente pour l'application des mesures. Des efforts particuliers seront donc demandés à ces régions afin qu'elles prennent les moyens nécessaires pour améliorer l'accès aux services offerts aux jeunes et à leur famille.

Enfin, en 2006-2007, le Ministère assurera le suivi d'un indicateur permettant de connaître le délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA. La cible fixée pour 2010 est de 14 jours maximum.

3. Les résultats 2005-2006 sont tirés de bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Orientation : Traiter et soutenir efficacement les jeunes et les adultes ayant un trouble mental ainsi que les personnes présentant un risque suicidaire

Axe : Services de première ligne

OBJECTIF : Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les centres de santé et de services sociaux, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'enfants et de jeunes (moins de 18 ans) ayant bénéficié de ces services	n.a.	3 964	4 762*
Nombre d'adultes (18 ans et plus) ayant bénéficié de ces services	36 890	39 074	41 775*

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Les services de première ligne destinés à l'ensemble de la population sont souvent les services auxquels s'adressent les personnes présentant un trouble mental modéré. La littérature scientifique rapporte que ce type de problème particulier de santé mentale passe souvent inaperçu. De plus, lorsqu'il est détecté, le délai d'accès à des services spécifiques de santé mentale est tel que la personne n'est pas prise en charge en temps opportun.

Dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*, le Ministère propose un modèle d'organisation des services axé sur une première ligne de services rapidement accessibles pour les personnes à risque ou présentant des troubles mentaux. Pour ce faire, des équipes distinctes de santé mentale de première ligne pour les adultes ainsi que pour les enfants et les jeunes sont en voie d'implantation. Ces équipes offriront des services d'évaluation, de traitement et de suivi en complémentarité avec les autres ressources de première ligne existantes sur le territoire (omnipraticiens, pédiatres, organismes communautaires, etc.). Elles seront également en lien avec les ressources spécialisées afin d'assurer une continuité dans l'ensemble des services du programme de santé mentale. Ce renforcement des services de première ligne en santé mentale devrait entraîner une réponse mieux adaptée aux besoins des individus ayant un trouble mental modéré.

Au terme du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, la cible est de desservir 2 % de la population des moins de 18 ans, c'est-à-dire ensemble 28 000 jeunes. La cible 2005-2006 concernant les services de première ligne en santé mentale pour la population des moins de 18 ans a été fixée, pour une première année, à 3 964 usagers. Elle a été dépassée puisque 4 762 personnes de moins de 18 ans ont été desservies, ce qui correspond à 0,34 % de la population de ce groupe d'âge.

En ce qui a trait aux services de première ligne en santé mentale pour la population adulte, la cible 2005-2006 avait été fixée à 39 074 usagers et a été dépassée. Au terme du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, la cible est de desservir 2 % de la population adulte, c'est-à-dire 120 000 personnes. Le nombre de personnes adultes ayant bénéficié de services de première ligne en santé mentale au cours de l'année 2005-2006 est de 41 775, ce qui correspond à 0,7 % de la population adulte.

Avec la conclusion du processus de réalisation des projets cliniques, l'implantation des équipes de première ligne en santé mentale ira en s'accentuant à travers la province et devrait permettre, en 2010, l'atteinte de la cible.

Axe : Services de crise et d'intégration dans la communauté

OBJECTIF : **Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :**
- **en suivi intensif : 100 % des besoins théoriques (70 personnes par 100 000 habitants) ;**
- **en soutien d'intensité variable : 100 % des besoins théoriques (250 personnes par 100 000 habitants).**

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'usagers de 18 ans et plus ayant reçu un service de suivi intensif	1 405	1 526	1 532*
Nombre d'usagers de 18 ans et plus ayant reçu un service de soutien d'intensité variable dans la communauté	2 981	3 633	3 090*

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Le suivi intensif est généralement offert selon le modèle du programme *Assertive Community Treatment* qui s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave et dont la condition est instable et fragile. L'intervention soutenue en équipe interdisciplinaire est nécessaire pour le traitement de ces troubles et doit intégrer la participation d'un médecin.

Quant au soutien d'intensité variable, offert selon le modèle *Case Management*, il s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave, mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres. L'intervenant qui offre un soutien d'intensité variable doit établir un lien basé sur la confiance et le respect avec la personne qui reçoit le service.

De nombreuses recherches sur le sujet permettent d'établir qu'environ 70 personnes par 100 000 requièrent des services de suivi intensif et qu'environ 250 personnes par 100 000 ont besoin de services de soutien d'intensité variable, quelle que soit la population visée.

En suivi intensif, à partir des résultats 2004-2005, la cible 2005-2006 avait été fixée à 1 526 et a été légèrement dépassée.

Au terme du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*, la cible est de répondre à 100 % des besoins théoriques en matière de suivi intensif, sauf pour les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ainsi que pour les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Nunavik. Ces régions et ces territoires n'ont pas une densité de population suffisante pour permettre l'implantation d'équipes de suivi intensif. En chiffres absolus, ce pourcentage correspond à 5 040 usagers à desservir en 2010. Le nombre de personnes ayant bénéficié d'un suivi intensif au cours de l'année 2005-2006 s'élève à 1 532, soit 30 % de la cible 2010.

Actuellement, des travaux sont en cours afin de poursuivre, sur un mode récurrent, la collecte des données sur le soutien d'intensité variable offert par les organismes communautaires.

Au cours des prochaines années, l'implantation dans la communauté et l'accessibilité des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable seront suivies de près.

Orientation : Favoriser l'intégration et la participation sociales des personnes présentant une déficience

Axe : Soutien à domicile

OBJECTIF : **Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins :**

- **en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ;**
- **en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.**

Indicateurs	Résultats[1] 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de personnes desservies présentant une déficience physique	46 162	46 350	41 384*
Nombre moyen d'interventions par personne présentant une déficience physique	21,41	21,83	25,58*
Nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle	7 579	7 657	8 272*
Nombre moyen d'interventions par personne présentant une déficience intellectuelle	11,98	11,96	11,83*
Nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement	1 676	1 682	2 119*
Nombre moyen d'interventions par personne présentant un trouble envahissant du développement	6,10	6,19	6,37*

1 Les résultats 2004-2005 présentés dans le *Rapport annuel de gestion 2004-2005* pourraient différer de ceux du *Rapport annuel de gestion 2005-2006* en raison du fait que les régions ont procédé à des réajustements dans la prise en compte des clientèles et les méthodes de calcul.

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Les services de soutien à domicile constituent une dimension importante de l'offre de services destinés aux personnes handicapées. Ils sont requis notamment pour permettre aux personnes handicapées de demeurer chez elles, au sein de leur communauté, et de continuer d'exercer leurs différents rôles sociaux. Les résultats exposés concernent exclusivement les services offerts directement par les CSSS. Il existe d'autres modalités de services à domicile qui sont également offertes aux personnes handicapées. Les résultats ci-dessus présentent donc un portrait partiel des services offerts.

Le nombre de personnes ayant une déficience physique desservies par les CSSS (mission CLSC) en soutien à domicile est moindre que le résultat attendu. Cette baisse s'explique par des réévaluations de la clientèle et des méthodes de comptabilisation, par l'augmentation de l'intensité des services ou encore par le fait que certaines régions privilégient d'autres modalités de services à domicile qui ne sont pas prises en compte par le présent indicateur, tels que ceux du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) et ceux offerts par les organismes communautaires. Toutefois, une amélioration significative de l'intensité des services de quatre interventions par personne est observée, soit une augmentation de 19 % par rapport au résultat 2004-2005.

La cible relative au nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle desservies par les CSSS (mission CLSC) en soutien à domicile a été dépassée. En effet, la cible était fixée à 7 657 personnes et le résultat atteint est de 8 272, soit 615 personnes de plus. Par rapport à l'année 2004-2005 (7 579 personnes desservies), cela représente une augmentation de 9 %. Cependant, l'intensité des services est demeurée inchangée, ce qui s'explique en partie par le nombre plus important de personnes desservies.

La cible relative au nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement desservies par les CSSS (mission CLSC) en soutien à domicile a aussi été dépassée. En effet, la cible était fixée à 1 682 personnes et le résultat atteint est de 2 119, soit 437 personnes de plus. Par rapport à l'année 2004-2005 (1 676 personnes desservies), cela représente une augmentation de 26 %. En ce qui concerne l'intensité des services, la cible a été dépassée. Le résultat 2004-2005 était de 6,1 interventions, alors que le résultat affiche 6,37 interventions, soit une augmentation de 4 %.

Par ailleurs, au cours de l'année 2006-2007, des travaux seront entrepris afin de pouvoir prendre en compte les services à domicile qui ne sont pas considérés par les présents indicateurs, dont notamment ceux du PEFSAD. De plus, les efforts se poursuivront afin de desservir adéquatement les personnes handicapées en matière de soutien à domicile.

OBJECTIF : **Améliorer l'accès à des services de soutien par allocation directe pour les familles de personnes présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.**

Indicateurs	Résultats[1] 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	5 384	5 661	5 765*
Nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	6 989	7 413	7 603*
Nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	2 753	2 993	3 550*

1. Les résultats 2004-2005 présentés dans le *Rapport annuel de gestion 2004-2005* pourraient différer de ceux du *Rapport annuel de gestion 2005-2006* en raison du fait que les régions ont procédé à des réajustements dans la prise en compte des clientèles et les méthodes de calcul.

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Les récentes orientations en matière de déficience intellectuelle, de déficience physique et de troubles envahissants du développement (TED) ciblent le soutien aux familles parmi les priorités d'intervention. Cet objectif est également repris avec la mise en œuvre de la *Politique de soutien à domicile, Chez soi : le premier choix*, qui reconnaît les besoins des proches-aidants. L'allocation directe permet aux familles de s'offrir des services de répit, de gardiennage et de dépannage. Les familles de personnes handicapées peuvent bénéficier de soutien par d'autres mesures qui ne sont pas prises en compte dans les résultats présentés, que ce soit de la part d'organismes communautaires ou selon d'autres modalités dont l'appui aux tâches domestiques.

Les cibles relatives au nombre de familles desservies dont un membre présente une déficience physique ou une déficience intellectuelle ont été atteintes. Par rapport aux résultats 2004-2005, il s'agit d'une augmentation de près de 7 % pour la clientèle en déficience physique et d'une augmentation de près de 9 % pour la clientèle en déficience intellectuelle. En ce qui concerne le nombre de familles desservies dont un membre présente un TED, la cible a non seulement été atteinte, mais aussi largement dépassée, soit une augmentation de 29 % par rapport à l'année 2004-2005. Cette hausse très importante s'explique par l'établissement du diagnostic chez les jeunes enfants TED ainsi que par la précision des données.

L'atteinte de ces cibles reflète l'appropriation des orientations ministérielles par les régions. Les résultats sont d'autant plus satisfaisants qu'ils ne prennent pas en compte les autres modalités de services utilisées pour soutenir les familles. Au cours de l'année 2006-2007, des travaux seront amorcés afin de pouvoir prendre en compte l'ensemble des modalités existantes de soutien aux familles.

Axe : Déficience physique

OBJECTIF : **Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec, avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies (toutes déficiences confondues).**

Indicateur	Résultat[1] 2004-2005	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Nombre total de personnes ayant une déficience desservies	62 434	65 810	72 063*

1. Les résultats 2004-2005 présentés dans le *Rapport annuel de gestion 2004-2005* pourraient différer de ceux du *Rapport annuel de gestion 2005-2006* en raison du fait que les régions ont procédé à des réajustements dans la prise en compte des clientèles et les méthodes de calcul.

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

La consolidation des services spécialisés de réadaptation est au nombre des priorités retenues dans les orientations ministérielles *Pour une véritable participation à la vie de la communauté - Orientations ministérielles en déficience physique - Objectifs 2004-2009*. Le déploiement d'une offre de services dans toutes les régions du Québec ainsi qu'un niveau adéquat de services selon les besoins doivent être recherchés.

Globalement, pour l'ensemble des déficiences retenues, la cible a été dépassée. Celle-ci était fixée à 65 810 personnes, alors que 72 063 personnes ont pu bénéficier de services spécialisés, soit une augmentation de 15 %.

Voici les résultats pour les différents types de déficience :

- En déficience motrice : la cible fixée était de 34 836 personnes et le résultat atteint est de 38 761, soit 3 925 personnes de plus, une augmentation de 14 % par rapport à l'année 2004-2005 (33 975 personnes desservies).
- En déficience visuelle : la cible fixée était de 13 670 personnes et le résultat atteint est de 14 398, soit 728 personnes de plus, une augmentation de 9 % par rapport à l'année 2004-2005 (13 262 personnes desservies).
- En déficience auditive : la cible fixée était de 10 403 personnes et le résultat atteint est de 11 326, soit 923 personnes de plus, une augmentation de 28 % par rapport à l'année 2004-2005 (8 839 personnes desservies).
- En déficience de la parole et du langage : la cible fixée était de 6 901 personnes et le résultat atteint est de 7 578, soit 677 personnes de plus, une augmentation de près de 19 % par rapport à l'année 2004-2005 (6 358 personnes desservies).

Malgré l'atteinte de la cible nationale 2005-2006, certaines régions éprouvent encore des difficultés dans l'offre de ce type de services, en raison notamment de problèmes de maintien et de recrutement du personnel professionnel, quel que soit le type de déficience, mais en particulier en déficience visuelle. De plus, il est à noter que les régions procèdent depuis quelques années à une uniformisation de leur méthodologie dans la comptabilisation de la clientèle desservie ce qui pourrait expliquer des écarts de clientèle d'une année à l'autre.

Axe : Trouble envahissant du développement

OBJECTIF : **Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis.**

Indicateurs	Résultats[1] 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'ICI	539	630	640*
Nombre moyen d'heures d'ICI par semaine par enfant	17,74	15,02	13,53*

1. Les résultats 2004-2005 présentés dans le *Rapport annuel de gestion 2004-2005* pourraient différer de ceux du *Rapport annuel de gestion 2005-2006* en raison du fait que les régions ont procédé à des réajustements dans la prise en compte des clientèles et les méthodes de calcul.

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Le service d'intervention comportementale intensive (ICI) destiné aux enfants de moins de 6 ans ayant un TED a été développé en 2003 avec la publication du *Plan d'action en matière de troubles envahissants du développement : Un geste porteur d'avenir*. Comme il était indiqué dans le plan d'action, ce service vise à offrir aux enfants diagnostiqués avec un TED une intervention intensive de 20 heures par semaine, selon leurs besoins et leur disponibilité. Pour réaliser la mise en place de ce service, un programme de formation universitaire sur mesure destiné aux intervenants des centres de réadaptation en déficience intellectuelle a été élaboré et déployé pour être accessible dans toutes les régions du Québec.

L'année 2005-2006 constituait la troisième année d'implantation du plan d'action en matière de troubles envahissants du développement.

En ce qui concerne le nombre d'enfants ayant reçu un service d'ICI, il a augmenté dans l'ensemble des régions et la cible a été dépassée. En comparaison avec les résultats 2004-2005, 640 enfants ont été desservis, soit une augmentation de 19 %. Bien que la disponibilité du service à 20 heures par semaine soit assurée par la majorité des régions, certains aspects viennent modifier l'intensité potentielle de l'offre de service. Ces aspects se rapportent notamment à la difficulté qu'ont les enfants et les parents de se rendre disponibles pour recevoir le service selon l'intensité prévue. C'est ce qui explique que 13,53 heures en moyenne ont été offertes en ICI, alors que la cible était fixée à 15,02 heures.

Au terme de l'année 2006-2007, des enfants ayant un TED auront bénéficié d'un programme d'ICI pendant trois années consécutives avant d'entrer à l'école. Les retombées de ce programme chez les enfants pourront alors être analysées.

OBJECTIF : **Améliorer l'accès, avec l'intensité requise et selon l'évaluation des besoins, à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement :**

- **en augmentant le nombre de jeunes desservis, âgés de 6 à 21 ans ;**
- **en augmentant le nombre d'adultes desservis, de 22 ans et plus.**

Indicateurs	Résultats[1] 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de jeunes de 6 à 21 ans recevant ces services	1 891	1 946	2 524*
Nombre d'adultes de 22 ans et plus recevant ces services	922	928	1 080*

1. Les résultats 2004-2005 présentés dans le *Rapport annuel de gestion 2004-2005* pourraient différer de ceux du *Rapport annuel de gestion 2005-2006* en raison du fait que les régions ont procédé à des réajustements dans la prise en compte des clientèles et les méthodes de calcul.

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Cet objectif fait partie des priorités du *Plan d'action en matière de troubles envahissants du développement : Un geste porteur d'avenir*, dont la mise en œuvre se poursuit. Les services offerts aux jeunes et aux adultes consistent notamment en des interventions pour développer leurs capacités et soutenir leur intégration sociale.

Pour ce qui est du nombre de jeunes de 6 à 21 ans et du nombre d'adultes de 22 ans et plus recevant des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales destinés aux personnes ayant un TED, les cibles ont été atteintes et même dépassées dans la totalité des régions. Ainsi, une augmentation de 33 % est constatée par rapport à l'année 2004-2005 pour la clientèle des enfants de 6 à 21 ans, alors que pour les 22 ans et plus une hausse de 17 % est observée.

Par ailleurs, les résultats présentés auront encore plus d'impact lorsque l'intensité des services y sera associée. Le développement d'outils de collecte devra être encouragé au cours des prochaines années.

Orientation : Agir sur les difficultés d'adaptation sociale des personnes aux prises avec une dépendance à l'alcoolisme et aux autres toxicomanies, y compris le jeu pathologique

Axe : Alcoolisme et toxicomanies

OBJECTIF : Maintenir ou accroître progressivement, selon les territoires locaux, pour les personnes susceptibles de faire une demande de service (4 % de la population adulte), l'accès à un programme d'intervention brève en alcoolisme et toxicomanies (ex. : *Alcochoix +*).

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de CSSS offrant le programme *Alcochoix +*	30 territoires locaux, sur 95	Implantation progressive du programme dans les 95 territoires locaux d'ici 2010	37 territoires locaux, sur 95
Nombre de personnes rejointes par ce programme	n.a.	Implantation progressive du programme d'ici 2010	723[1]*

1. La région de la Côte-Nord n'est pas en mesure de fournir les données requises pour calculer cet indicateur en raison de problèmes de collecte de données.

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

L'implantation d'un programme d'intervention brève pour les buveurs d'alcool à risque dans tous les territoires locaux du Québec est en conformité avec les orientations ministérielles intitulées *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie*. Ce programme découle, plus précisément, de l'axe d'intervention qui vise à développer la capacité des individus à faire des choix éclairés en matière de substances psychotropes et à gérer les risques.

De plus, le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* prévoit l'utilisation d'outils de détection par les professionnels permettant une intervention appropriée, tel le programme de consommation contrôlée *Alcochoix+*, et une accentuation de l'intervention s'adressant aux buveurs à risque.

Le programme d'intervention brève en consommation abusive d'alcool de type *Alcochoix+* s'adresse à ceux qui s'inquiètent des conséquences associées à leur consommation d'alcool et qui désirent modifier leurs habitudes. Il utilise une approche motivationnelle et permet la référence à des services spécialisés, notamment en présence d'autres problèmes de toxicomanie. La nouvelle version du programme *Alcochoix+* est disponible depuis l'automne 2005 et neuf formations ont été offertes dans sept régions permettant ainsi de former 120 intervenants. De plus, une formation a eu lieu en décembre 2005 et a permis de constituer quatre équipes de formateurs pour autant de régions.

La cible est progressive et d'ici 2010 l'ensemble des territoires locaux devrait offrir un programme d'intervention brève. À ce jour, neuf des seize régions sociosanitaires concernées du Québec offrent un accès à un programme d'intervention brève de type *Alcochoix+*. Ainsi, 37 territoires locaux offrent ce service, sur une possibilité de 95. Le nombre de 723 personnes rejointes permet de constater l'implantation du programme et son accessibilité croissante. Au cours de l'année 2006-2007, le Ministère devrait être en mesure de cibler un nombre de personnes à rejoindre au cours des prochaines années selon les régions sociosanitaires.

Certaines régions qui n'ont pas encore implanté ce type de programme sont en attente d'obtenir les formations qui se poursuivront en 2006-2007, alors que d'autres régions devront signifier leur intérêt. De plus, en continuité avec l'année 2005-2006, une formation de formateurs sera dispensée dans plusieurs régions, ce qui facilitera l'implantation progressive du programme, d'ici 2010.

Axe : Jeu pathologique

OBJECTIF : Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateur	Résultat 2004-2005	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Nombre de joueurs traités par ces services	5 281	5 698	6 201*

* Les résultats 2005-2006 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Le jeu pathologique est une problématique en émergence au Québec. Depuis 2000, le Ministère a mis en place un programme pour prévenir et traiter le jeu pathologique. Depuis 2002-2003, le budget annuel de ce programme est de 17 millions de dollars. Des services de traitement sont disponibles dans toutes les régions du Québec afin d'aider et de soutenir les joueurs en difficulté.

Au regard de la cible visée pour 2005-2006, soit 5 698 joueurs traités par ces services, le résultat de 6 201 joueurs traités démontre que la cible a été dépassée. Depuis 2003-2004, le nombre de joueurs traités est en augmentation de 23 %, passant de 4 793 à 6 201 joueurs.

L'un des enjeux liés à cette problématique est de continuer à mieux faire connaître les services offerts à la population québécoise. Parmi les mesures réalisées en 2005-2006, une campagne nationale ciblant les adultes a été mise sur pied. Cette campagne a permis notamment la diffusion de messages de sensibilisation et d'information sur le jeu pathologique et la ligne téléphonique *Jeu : aide et référence*. De plus, le Ministère a alloué, en 2005-2006, un montant supplémentaire non récurrent de 2,5 millions de dollars afin de renforcer les services de traitement et de développer les activités de prévention.

Les perspectives pour 2006-2007 prévoient, entre autres, la réalisation du bilan du *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*. Ce bilan permettra notamment de tracer un portrait de l'implantation des mesures prévues dans ce plan et de dégager les enjeux liés à la lutte contre le jeu pathologique pour les prochaines années.

Orientation : Assurer des services de santé et des services sociaux adaptés aux particularités des communautés crie et inuite

Axe : Communauté crie

OBJECTIF : **Mettre en œuvre le Plan stratégique de santé et de bien-être du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, tel qu'il a été convenu dans l'entente intervenue entre le gouvernement du Québec et les Cris. À cet effet, il faut s'assurer que, chaque année, le Conseil produit son plan d'action annuel avec les indicateurs de résultats appropriés.**

Indicateur	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Dépôt du plan d'action annuel	Plan d'action 2005-2006 déposé	Plan d'action déposé en novembre 2005

Commentaires

À la suite de la signature en mars 2005 de l'entente de mise en œuvre du chapitre 14 (santé) de la *Convention de la Baie-James et du Nord québécois*, le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James travaille à mettre en œuvre son plan régional de cinq ans (2004-2009), conformément aux moyens financiers prévus dans cette entente.

La mise en œuvre du plan régional se réalisera selon des plans d'action annuels successifs et sera accompagnée d'indicateurs de résultats. Un premier plan a été déposé pour l'année 2005-2006. Les activités de formation et de recrutement demeurent toutefois au centre des préoccupations, tant au niveau du personnel que de l'équipe de direction. Le recrutement est d'ailleurs difficile.

Un comité conjoint MSSS-Cris découlant de l'application de l'entente a été mis sur pied pour effectuer le suivi des actions. Il assure l'encadrement des travaux concernant la définition des indicateurs de résultats appropriés à la situation de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James. S'étant réuni deux fois en 2005-2006, ce comité poursuivra ces activités de suivi et d'accompagnement.

Axe : Communauté inuite

OBJECTIF : **S'assurer que la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik dépose et adopte sa planification stratégique d'ici juin 2005.**

Indicateur	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Adoption du plan stratégique	Juin 2005	Janvier 2006

Commentaires

Au printemps 2003, le Ministère a convenu avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN) de l'importance de produire une planification stratégique régionale afin d'orienter et de baliser le développement des services de santé et des services sociaux dans la région. La RRSSSN a, dès lors, assumé son leadership et entrepris des démarches en collaboration avec les deux centres de santé, soit Inuulitsivik et Tulattavik, pour élaborer une planification stratégique régionale basée sur la complémentarité de l'action de chacun des acteurs et selon les caractéristiques culturelles et géographiques du Nunavik.

En janvier 2006, le conseil d'administration de la RRSSSN a adopté une planification stratégique quinquennale (2005-2010). Cette planification prévoit des actions pour assurer :

- l'accès aux services en fonction des besoins ;
- la mise en œuvre de programmes de prévention axés sur la prise en charge et la confiance en soi ;
- la formation des Inuits dans tous les domaines de la santé et des services sociaux ;
- la coordination des programmes de prévention et des services dans les communautés ;
- la régularisation de la situation financière et l'identification des besoins immobiliers.

Dès que la planification stratégique régionale sera déposée au Ministère, ce dernier entend examiner avec la RRSSSN les suites à lui donner, incluant les ressources qui y seront affectées, en tenant compte de celles qui seront disponibles.

ENJEU 3

L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services

Orientation : Améliorer la qualité et assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux

Axe : Prestation sécuritaire

OBJECTIF : **Mettre en place des mesures spécifiques, dans 100 % des établissements, pour assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.**

Indicateurs	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Proportion d'établissements ayant mis en place un comité de gestion des risques	100 %	84 %, soit 254 établissements sur 303
Proportion d'établissements ayant mis en place un registre local des incidents/accidents	100 %	89 %, soit 270 établissements sur 303
Proportion d'établissements qui déclarent les incidents/accidents	100 %	91 %, soit 277 établissements sur 303
Proportion d'établissements dont le conseil d'administration a entériné un règlement de divulgation de tout accident survenu à un usager	100 %	85 %, soit 258 établissements sur 303
Proportion d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu	100 %	90 %, soit 274 établissements sur 303

Commentaires

Depuis l'adoption en décembre 2002 du projet de loi n° 113, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, diverses actions ont été réalisées par le Ministère en vue de promouvoir et d'assurer le suivi de son application. Cette loi vise à ce qu'un leadership soit exercé à tous les paliers du système de santé et de services sociaux en ce qui a trait à la sécurité des soins fournis au patient, à la gestion des risques ainsi qu'à la réduction et à la prévention des accidents évitables dans la prestation des soins.

À compter de 2004-2005, des attentes au regard de la mise en application de mesures spécifiques ont été signifiées aux agences conformément aux obligations créées par la loi qui ont alors été traduites en indicateurs et cibles à atteindre.

Les résultats obtenus sont près des cibles fixées, même si de 9 à 16 % des établissements ne se sont pas encore conformés aux mesures prévues en raison du changement de culture important et graduel que cela représente.

Le Ministère, poursuivant l'objectif d'assurer le suivi de l'application de la loi, a élaboré un programme de formation provincial sur le fonctionnement d'un comité de gestion des risques, et ce, avec la collaboration du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins. Deux cours pilotes ont eu lieu afin de valider le programme de formation. Ce programme vise à former une soixantaine de personnes dans l'ensemble de la province qui formeront par la suite les membres des comités de gestion des risques des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Au 31 mars 2006, 27 personnes étaient formées et il est prévu que toutes auront reçu la formation d'ici la fin de mai 2006.

Les efforts en formation seront accentués au cours de la prochaine année, ce qui aura un impact sur le changement de culture déjà amorcé, faisant en sorte que la gestion des risques et la prestation sécuritaire des soins et services deviennent partie prenante de la gestion quotidienne des établissements.

Axe : Prévention des infections nosocomiales

OBJECTIF : Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale.

Indicateurs	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Taux d'infections nosocomiales liées aux bactéries, qui font l'objet d'un programme de surveillance provinciale (*Clostridium difficile*, SARM)	Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales dans les établissements de soins	*Clostridium difficile* : réduction de 40 % SARM : réduction de 3 points de pourcentage des infections invasives Bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs : réduction de 56 %
Proportion de CHSLD qui appliquent la norme de 1 équivalent temps plein (ETP) professionnel en prévention des infections nosocomiales pour 250 lits de longue durée	30 % des installations	48 % des installations

Commentaires

Des études ont démontré qu'un programme de surveillance, de prévention et de contrôle des infections bien structuré et pour lequel sont attribuées des ressources professionnelles suffisantes permettrait de réduire de 30 % le nombre de nouveaux cas d'infections nosocomiales dans les établissements hospitaliers.

Les taux d'infections nosocomiales liées aux bactéries

Au Québec, les programmes de surveillance des infections nosocomiales sont récents. Peu de données sont disponibles afin de comparer les résultats atteints sur une base annuelle, d'autant plus que le premier programme implanté (bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs) n'était pas réalisé de façon continue (12 mois/année). Deux des trois programmes actuels (SARM et bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs) sont opérés sur la base de l'année civile et non pas sur celle de l'année budgétaire, soit du 1er avril au 31 mars.

• Diarrhées associées au *Clostridium difficile*

Un système de surveillance est en place dans 91 installations, ces dernières admettant plus de 97 % de la clientèle en soins de courte durée de la province. Depuis le 21 août 2005, les taux moyens sont inférieurs à 9 par 10 000 patients-jours, alors que l'année précédente ils étaient supérieurs à 11 (septembre 2004 à avril 2005). Cette infection présente une grande variabilité selon les saisons et le taux annuel moyen ne reflète pas nécessairement l'évolution « réelle » de la situation. Les comparaisons doivent être faites entre les mêmes périodes d'une année à l'autre. Une comparaison périodique a démontré une diminution moyenne de 40 % de l'incidence des diarrhées associées au *Clostridium difficile* par rapport à l'année précédente. La mise en place d'un système de surveillance obligatoire, l'application de lignes directrices, des investissements financiers et une mobilisation des intervenants et des gestionnaires expliquent ces résultats positifs.

• SARM

Depuis janvier 2003, un programme de surveillance des infections envahissantes à *Staphylococcus aureus* a été mis en place par le Laboratoire de santé publique du Québec et a rejoint 101 laboratoires hospitaliers (94,4 %). Cette surveillance révèle que le taux global d'infections par le SARM a subi une baisse de trois points de pourcentage en 2005 (janvier à décembre), soit 23,7 % comparativement à 27,4 % en 2004 et 2003. La majorité des souches provenaient d'hémocultures pour un taux d'incidence de 0,9 par 1 000 admissions comparativement à 1,07 par 1 000 admissions en 2004.

Depuis février 2006, la surveillance des bactériémies à *Staphylococcus aureus* et à SARM a été revue afin d'obtenir un portrait plus exhaustif de l'origine (communautaire *versus* nosocomiale) et du foyer primaire de l'infection. Cette surveillance, mise en œuvre par l'INSPQ, se substitue à celle mentionnée précédemment. La totalité des 85 centres hospitaliers ciblés participe sur une base volontaire.

• Bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs

D'octobre 2003 à mars 2005, dans 28 installations, le taux de bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs était de 1,67 bactériémie par 1 000 jours-cathéters, comparativement à 3,80 par 1 000 jours-cathéters pour la période de novembre 2000 à mai 2001, soit une diminution de 56 %. Le potentiel de prévention de ces infections étant considérable, il est envisagé d'obtenir la participation à ce programme de toutes les installations ayant au moins 6 lits de soins intensifs et 1 000 jours-cathéters par année dès l'automne 2006.

La norme de 1 équivalent temps plein professionnel en prévention des infections nosocomiales pour 250 lits de longue durée

Plusieurs mesures ont été mises en place au cours des dernières années en vue de soutenir la lutte contre les infections nosocomiales, notamment l'allocation de ressources infirmières dédiées spécifiquement à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales. En 2004-2005, l'accent a été mis sur les soins de courte durée afin d'atteindre le ratio de 1 ETP infirmière par 133 lits. En 2005-2006, il a été demandé aux agences de s'assurer que la norme de 1 ETP professionnel en prévention des infections nosocomiales pour 250 lits de soins de longue durée soit progressivement implantée d'ici la fin de l'année 2007-2008. Au cours de l'année 2005-2006, 48 % des installations respectaient cette norme, alors que la cible était de 30 %.

Au cours des deux dernières années, la problématique des infections nosocomiales a suscité une grande mobilisation tant chez les gestionnaires que chez les intervenants « cliniques ». Un plan d'action de prévention et de contrôle des infections nosocomiales ainsi qu'un cadre de référence à l'intention des établissements de santé ont été élaborés et seront diffusés au début de l'exercice 2006-2007, constituant ainsi les assises nécessaires à une démarche concertée pour une lutte efficace contre les infections nosocomiales. En 2006-2007, des outils de gestion permettant de suivre l'évolution des travaux des paliers locaux, régionaux et ministériel relativement au plan d'action et au cadre de référence seront développés (tableaux de bord). La surveillance des infections, l'usage optimal des antibiotiques, les techniques d'hygiène et de salubrité ainsi que les critères à respecter en immobilisation continueront d'être l'objet de réflexion au sein des groupes d'experts.

Axe : Conservation des immeubles et qualité de l'air et des milieux

OBJECTIF : Assurer que 100 % des établissements mettent en place un plan de conservation et de fonctionnalité immobilières.

Indicateur	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Proportion d'établissements qui ont mis en place un plan conforme	100 %	99,5 %

Commentaires

Le *Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières* (PCFI) est un plan triennal mis à jour annuellement. Il vise à faire état, auprès du conseil d'administration de l'établissement, des opérations d'entretien, des travaux de maintien des actifs et des rénovations fonctionnelles mineures qui seront réalisés. En outre, il permet :

- de présenter les préoccupations essentielles et les pratiques générales de l'établissement en matière d'entretien immobilier, les perspectives et les orientations budgétaires concernant l'entretien préventif et curatif ainsi que les réparations et les réaménagements fonctionnels mineurs;
- de présenter le plan triennal d'intervention concernant le maintien des actifs, en fonction des ressources disponibles;
- d'inscrire les projets de rénovation fonctionnelle mineure autorisés par l'agence.

Un PCFI était attendu des 203 établissements répartis dans 17 des 18 régions sociosanitaires du Québec. Presque tous les PCFI ont été produits, soit 202 plans.

Partagé par les établissements, les agences et le Ministère, le PCFI aide l'établissement à réaliser la planification et le contrôle des travaux de conservation (entretien, rénovations fonctionnelles mineures et maintien des actifs) et de fonctionnalité immobilières qui doivent être effectués dans chacune des installations sous sa responsabilité. Cet outil facilite la prise de décision tant au niveau régional qu'au plan national en ce qui concerne les investissements à réaliser dans cette sphère d'activité du réseau de la santé et des services sociaux.

Axe : Système du sang

OBJECTIF : Optimiser la sécurité de la transfusion et de la transplantation en atteignant un taux de traçabilité des produits sanguins de 100 %.

Indicateur	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Taux de traçabilité des produits sanguins	100 %	99,0 %

Commentaires

La traçabilité des produits sanguins est la capacité d'identifier les receveurs réels de chaque composant délivré et, inversement, d'identifier tous les donneurs du sang ayant joué un rôle dans l'administration d'un produit sanguin ou dérivé à un patient donné. La traçabilité permet de retrouver et de retirer rapidement les produits contaminés susceptibles de mettre en danger la santé des patients ou encore d'intervenir auprès des patients qui ont reçu des produits potentiellement contaminés. Au niveau hospitalier, la traçabilité est assurée lorsqu'on peut retracer, à tout moment, le produit sanguin jusqu'à sa destination finale (ex. : transfusion, transformation ou destruction) au moyen de renseignements enregistrés dans le système informatique de la banque de sang. Le taux calculé représente le nombre de produits retracés par rapport au nombre de produits gérés par l'établissement.

Le taux de traçabilité provincial obtenu pour 2005-2006 est de 99,0 %. Cette donnée sous-entend qu'un produit sanguin sur cent n'est pas retraçable par les laboratoires de banque de sang. Cependant, 66 des 85 établissements affichent un taux de 100 %, 15 établissements ont un taux supérieur à 99,0 % et seulement 4 établissements présentent un taux inférieur à 99,0 %. Puisque les taux étaient calculés sur la base des données fournies par l'intermédiaire des rapports d'utilisation des produits sanguins, quelques établissements ont obtenu un taux inférieur à la réalité. En effet, certains établissements ont eu de la difficulté à extraire de leur système informatique des données réelles d'utilisation. La « perte de traçabilité » observée pour certains produits reflète davantage des problèmes d'utilisation du système informatique.

À cet égard, un nouvel outil d'extraction des données d'utilisation permettra aux établissements de transmettre les données réelles d'utilisation des produits sanguins au Ministère. Ainsi, les taux de traçabilité devraient atteindre la cible de 100 %.

Orientation : Favoriser l'intégration et la cohérence des actions en matière de médicaments afin d'assurer notamment la viabilité et la pérennité du régime général d'assurance médicaments

Axe : Politique du médicament

OBJECTIF : Adopter et mettre en œuvre une politique du médicament.

Indicateur	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Adoption de la politique du médicament en 2005-2006 et évolution de sa mise en œuvre	Adopter et mettre en œuvre une politique du médicament	Le projet de loi 130 inclut les mesures législatives correspondant à certains éléments de la politique Les autres éléments de la politique seront présentés en 2006-2007

Commentaires

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a déposé un projet de politique du médicament à l'Assemblée nationale en décembre 2004. Ce projet comporte quatre axes :

- l'accès aux médicaments ;
- l'établissement d'un prix juste et raisonnable pour les médicaments ;
- l'utilisation optimale des médicaments ;
- le maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique au Québec.

Depuis le dépôt du projet de politique en décembre 2004, plusieurs étapes ont été franchies en vue de l'adoption d'un texte final. Une commission parlementaire s'est tenu du 20 avril au 1er septembre 2005. Au total, 84 mémoires ont été déposés à la Commission des affaires sociales et, de ce nombre, plus de 60 personnes ou groupes ont été entendus lors des audiences.

Dans le but de donner au ministre les pouvoirs nécessaires pour la mise en œuvre de la politique, le projet de loi n° 130, Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives, a été déposé à l'Assemblée nationale, le 10 novembre 2005. Ce projet de loi a été adopté le 8 décembre 2005.

Le texte final de la politique est en cours d'élaboration.

Orientation : Informer la population sur son état de santé et de bien-être et sur les moyens de le maintenir ou de l'améliorer

Axe : Information sur l'état de santé et de bien-être et sur l'accès aux services

OBJECTIF : Informer la population sur son état de santé et de bien-être par la diffusion du rapport du directeur national de santé publique.

Indicateur	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Diffusion du rapport	Informer la population sur son état de santé et de bien-être par la diffusion du rapport du directeur national de santé publique	Diffusion du premier *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : Produire la santé* du directeur national de santé publique

Commentaires

La Loi sur la santé publique prévoit qu'un rapport national sur l'état de santé de la population doit être produit périodiquement. Le directeur national de santé publique est responsable de préparer le rapport, en collaboration avec les directeurs de santé publique et avec le soutien de l'Institut national de santé publique du Québec. Le rapport est rendu public et diffusé par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le premier rapport du directeur national de santé publique, intitulé *Produire la santé*, a été rendu public le 7 avril 2005 en présence des médias. Ce rapport dresse un portrait des problèmes de santé évitables et met en évidence les déterminants communs de ces problèmes. Il fait également le point sur la contribution du système de santé et de services sociaux et des autres secteurs d'activité à l'amélioration de la santé de la population du Québec.

Plusieurs activités publiques, telles que des entrevues à la radio et la publication d'articles dans les grands quotidiens, ont été réalisées afin de présenter à la population le premier rapport du directeur national de santé publique. Ce premier rapport a aussi fait l'objet de présentations au Forum des sous-ministres adjoints et des sous-ministres associés, à l'Assemblée nationale ainsi qu'auprès des partenaires interministériels. Des collaborateurs ont contribué à soutenir la diffusion du premier *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : Produire la santé*. Au total, environ 3 000 copies de ce rapport ont été diffusées. La population peut également consulter le rapport en tout temps sur le site Internet du Ministère. Enfin, le prochain rapport du directeur national de santé publique portera sur l'état de santé de la population québécoise et il sera édité au cours de l'automne 2006.

OBJECTIF : Renseigner la population sur l'accès aux services médicaux spécialisés (délais d'attente, attente raisonnable, etc.).

Indicateur	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Information disponible dans le site Internet sur l'accès aux services médicaux spécialisés	Disponibilité de l'information sur l'accès aux services médicaux spécialisés	Mise en ligne d'un nouveau site Internet présentant l'information sur l'accès aux services médicaux spécialisés

Commentaires

Depuis 2003, le Ministère informe la population sur l'état de l'accès aux services médicaux spécialisés par le biais de son site Internet. Celui-ci couvre les chirurgies de la hanche, du genou, de la cataracte, ainsi que la chirurgie d'un jour et la chirurgie avec hospitalisation. De plus, il présente des informations relatives à la cardiologie tertiaire.

En 2005-2006, des améliorations substantielles ont été apportées à ce site. Des cibles d'accès aux services médicaux spécialisés, basées sur des délais médicalement recommandés, sont présentées et documentées sur le site Internet du Ministère. Les citoyens peuvent dorénavant consulter de façon continue les informations recueillies dans les secteurs prioritaires que sont la cardiologie tertiaire, la radio-oncologie, la chirurgie de la cataracte, l'arthroplastie de la hanche et du genou. Ainsi, pour chaque établissement offrant un de ces services, des informations sont disponibles sur l'accès aux services. Enfin, la présentation du site a été modifiée afin de le rendre plus convivial. Cette nouvelle version du site a été mise en ligne en février 2006.

Axe : Information sur les moyens de maintenir ou d'améliorer la santé et le bien-être

OBJECTIF : **Poursuivre la réalisation des campagnes sociétales nécessaires au succès des actions de promotion de la santé et de prévention sur les thèmes prioritaires choisis par le Ministère, notamment sur le bon usage du médicament, la réduction de la fumée de tabac dans l'environnement, la communication ainsi que l'estime de soi chez les jeunes, la prévention des dépendances (alcool, drogues et jeu), la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang et la promotion de la vaccination contre l'influenza.**

Indicateur	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Campagnes sociétales réalisées	Campagnes auprès des jeunes : prévention des dépendances (alcool, drogues et jeu), prévention des ITSS et réduction de la fumée de tabac dans l'environnement	Réalisation de toutes les campagnes prévues auprès des jeunes : prévention des dépendances (alcool, drogues et jeu), prévention des ITSS et réduction de la fumée de tabac dans l'environnement
	Campagnes auprès des adultes : réduction de la fumée de tabac dans l'environnement, bon usage du médicament, prévention des ITSS et promotion de la vaccination contre l'influenza	Réalisation de toutes les campagnes prévues auprès des adultes : réduction de la fumée de tabac dans l'environnement, bon usage du médicament, prévention des ITSS et promotion de la vaccination contre l'influenza

Commentaires

Les campagnes sociétales de communication en promotion de la santé ont pour objectif d'améliorer les connaissances du public cible relativement à certaines thématiques de santé. Les campagnes ministérielles visent aussi la modification des attitudes, des intentions et des comportements pour favoriser une meilleure santé. Chaque campagne sociétale ministérielle repose sur des objectifs définis au départ qui sont mesurés par des indicateurs spécifiques. Le Ministère a planifié et réalisé, au cours de 2005-2006, les campagnes auprès des jeunes portant sur la prévention des dépendances (alcool, drogues et jeu), la prévention des ITSS et la réduction de la fumée de tabac dans l'environnement. Chez les adultes, les campagnes sur la réduction de la fumée de tabac dans l'environnement, le bon usage du médicament, la prévention des ITSS et la promotion de la vaccination contre l'influenza ont été effectuées tel que prévu.

Les données scientifiques confirment l'utilité des campagnes au sein des actions de promotion de la santé et de prévention. Toutefois, l'attribution des résultats demeure difficile dans le cadre de problèmes sanitaires complexes. Ainsi, différents facteurs, dont ceux économiques et sociaux, peuvent avoir un impact sur la modification des attitudes, des intentions et des comportements des individus. Dans certains cas, les changements de comportement peuvent nécessiter la poursuite d'efforts soutenus pendant plusieurs années et n'être mesurables qu'à moyen ou long terme.

La démarche évaluative annuelle offre une mesure ponctuelle de la performance qui permet d'évaluer l'impact des activités de communication préventive sur une période continue. Pour évaluer l'ensemble des variations tout en facilitant l'ajustement des actions et des contenus de communications, les indicateurs quantitatifs retenus permettent de mesurer la notoriété et l'efficience des stratégies de communication et des instruments produits dans chacun des volets des différentes campagnes. Une instrumentation mixte, quantitative (sondages téléphoniques ou sur Internet) et qualitative (entrevues sur le terrain, groupes de discussion), avec une méthode qui respecte les exigences scientifiques éthiques a été utilisée.

Au cours de l'exercice 2005-2006, les principaux indicateurs retenus pour la mesure de l'impact de chaque campagne confirment le dépassement des cibles établies pour les campagnes auprès des adultes portant sur le tabagisme et la vaccination. Dans le cas des autres campagnes, auprès des jeunes et des adultes, les paramètres mesurés indiquent le maintien des acquis antérieurs tout en révélant des changements légers des comportements, mais statistiquement non significatifs.

Voici l'évolution des indicateurs spécifiques des différentes campagnes, en référence à la situation de départ :

Campagnes sociétales auprès des jeunes :

- Un maintien est constaté concernant le pourcentage de jeunes du secondaire interrogés qui montrent une attitude favorable au dialogue avec des adultes lorsqu'il est question de dépendances, d'ITSS ou de fumée de tabac (situation de départ : alcool, 62 % ; drogue, 63 % ; jeu, 93 %).
- Un maintien est observé concernant le pourcentage de jeunes du secondaire IV et V interrogés qui ont dialogué avec leurs parents au sujet de questions liées à la sexualité et aux ITSS dans les six derniers mois (situation de départ : 67 %).
- Un maintien est remarqué en ce qui concerne le pourcentage de jeunes du secondaire interrogés qui perçoivent une menace pour leur santé dans la fumée de tabac (situation de départ : 94 %).

Campagnes sociétales auprès des adultes :

- Une amélioration importante du pourcentage d'adultes interrogés qui connaissent la date d'entrée en vigueur des modifications législatives liées à la fumée du tabac dans l'environnement est observée (situation de départ : 3 % ; situation finale : 44 %).
- Un maintien est constaté concernant le pourcentage d'adultes interrogés qui apportent toujours leur liste de médicaments lors de la visite médicale (situation de départ : 23 %).
- Un maintien du pourcentage d'adultes interrogés sexuellement actifs qui invoquent les justifications les plus fréquentes pour ne pas utiliser le condom est remarqué (situation de départ : désir, 8 % ; disponibilité, 9 % ; négligence, 9 %).
- Une amélioration est observée concernant le pourcentage d'adultes de plus de 50 ans ayant été vaccinés contre l'influenza depuis l'an dernier (situation de départ : 43 % ; situation finale : 48 %).

Orientation : Assurer la disponibilité de ressources humaines qualifiées

Axe : Effectif médical

OBJECTIF : Assurer un niveau d'atteinte de 80 % des plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine de famille et en médecine spécialisée.

Indicateurs	Cibles 2005-2006	Résultats préliminaires 2005-2006
Répartition des nouveaux médecins en médecine familiale	50 % des nouveaux omnipraticiens établis dans les régions éloignées[2] et intermédiaires[3]	48 % des nouveaux omnipraticiens se sont établis dans les régions éloignées et intermédiaires
	50 % des nouveaux omnipraticiens établis dans les régions périphériques[4] et universitaires[5]	52 % des nouveaux omnipraticiens se sont établis dans les régions périphériques et universitaires
Niveau d'atteinte des PREM en médecine spécialisée	80 % pour toutes les catégories de régions	77 % dans les régions éloignées 84 % dans les régions intermédiaires 91 % dans les régions périphériques 97 % dans les régions universitaires
Répartition des nouveaux médecins spécialistes (spécialités de base[1]) dans les régions éloignées et intermédiaires	50 % des nouveaux médecins spécialistes établis dans les régions éloignées et intermédiaires	30 % des nouveaux médecins spécialistes se sont établis dans les régions éloignées et intermédiaires

1. Les spécialités de base sont : anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, médecine interne, obstétrique-gynécologie, pédiatrie, psychiatrie et radiologie diagnostique.
2. Les régions éloignées sont le Bas-Saint-Laurent, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord ainsi que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.
3. Les régions intermédiaires sont le Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Mauricie et Centre-du-Québec et l'Outaouais.
4. Les régions périphériques sont la Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie.
5. Les régions universitaires sont la Capitale-Nationale, l'Estrie et Montréal.

Commentaires

Les différentes régions administratives du Québec ne bénéficient pas toutes du même niveau d'accès aux soins de santé; le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) vise à assurer une plus grande équité d'accès aux services médicaux. La notion d'équité comprend deux principes :

- assurer à la population de chaque région une part équitable des services ;
- privilégier l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans la région des bénéficiaires.

Les PREM 2006 (spécialisés et en médecine générale) sont en application depuis le 1er décembre 2005. Le conseil d'administration de chacune des agences a approuvé les PREM 2006, et ce, tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée.

Les médecins omnipraticiens

Les PREM 2006 sont en vigueur depuis le 1er décembre 2005 et le bilan préliminaire indique que 48 % des 175 nouveaux médecins de famille ayant obtenu un poste se sont établis dans une région intermédiaire ou éloignée (52 % dans les régions universitaires ou périphériques). Les PREM prévoyaient 189 postes pour les nouveaux médecins, répartis également entre les régions intermédiaires et éloignées et les régions universitaires et périphériques.

En comparaison avec les années passées, il faut noter qu'il y a eu une augmentation du recrutement dans les régions intermédiaires, et plus spécifiquement dans les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de l'Outaouais ainsi que de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

Bien que les cibles fixées aient presque été atteintes en médecine de famille, il serait souhaitable d'augmenter le nombre de nouveaux médecins commençant leur pratique dans les régions éloignées. En effet, le recrutement demeure difficile dans des sous-territoires de certaines régions. Le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux devront continuer à offrir des mesures incitatives pour assurer l'atteinte des cibles dans ce domaine.

La formation médicale décentralisée est reconnue comme l'un des meilleurs incitatifs pour l'installation des médecins en région. Les objectifs gouvernementaux précisent que 30 à 35 % de la formation en médecine générale doit être effectuée en dehors des centres universitaires. À cet effet, et à la demande du Ministère, les quatre facultés de médecine du Québec ont préparé et déposé, en janvier 2005, leur plan quinquennal de déploiement des stages en région (2005 à 2010). L'expansion de la formation médicale décentralisée se réalisera par des stages dans les unités de médecine familiale et dans les établissements agréés par le Collège des médecins du Québec (CMQ). À titre d'exemple, le nombre de mois-stages financés par le Ministère est passé de 1 299 en 2003-2004 à 2 088 en 2004-2005 et à 3 314 en 2005-2006. Le financement adéquat de ces stages est essentiel à leur réalisation.

L'octroi de bourses à des étudiants et des résidents en médecine lié à un engagement de pratique en région désignée est une autre mesure efficace. Le nombre de bourses RAMQ octroyées a augmenté en 2005-2006 par rapport aux années précédentes : 39 bourses ont été octroyées en 2001-2002, 48 en 2002-2003, 57 en 2003-2004, 63 en 2004-2005 et 85 en 2005-2006.

Les médecins spécialistes

L'objectif du niveau d'atteinte des PREM en médecine spécialisée, établi à 80 %, n'a pas été atteint dans les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Mais il faut noter que la gestion rigoureuse des PREM, particulièrement dans les régions universitaires, a entraîné une amélioration au niveau de l'installation de médecins spécialistes dans les spécialités de base dans les régions autres que celles universitaires.

Cependant, la cible de 50 % établie pour la répartition des nouveaux médecins spécialistes, en spécialités de base, dans les régions éloignées et intermédiaires n'a pas été atteinte. Plusieurs efforts se poursuivent afin d'atteindre cette cible.

La formation médicale décentralisée est aussi l'un des meilleurs incitatifs pour l'installation des médecins spécialistes en région. Ainsi, le gouvernement a établi entre 10 et 15 % la proportion de formation en médecine spécialisée à devoir être effectuée en dehors des centres universitaires.

Par ailleurs, le nombre de bourses de formation spécialisée offertes aux résidents en spécialités varie beaucoup selon les années. En effet, 32 bourses de formation spécialisée ont été octroyées en 2001-2002, 38 en 2002-2003, 12 en 2003-2004, 24 en 2004-2005 et 20 en 2005-2006.

Les autres mesures incitatives

Le recrutement de médecins étrangers est une autre mesure pour favoriser l'installation des médecins en région et pour contrer la pénurie actuelle de médecins dans certaines régions du Québec. Ainsi, en novembre 2003, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait la mise en place d'une équipe, Recrutement Santé Québec (RSQ). Cette dernière devenait la porte d'entrée pour la très grande majorité des médecins détenteurs d'un diplôme d'une faculté de médecine située à l'extérieur du Canada et des États-Unis et qui souhaitent obtenir un permis restrictif pour exercer la médecine dans un établissement d'une région éloignée ou intermédiaire.

Depuis sa création, l'équipe RSQ a réalisé 171 parrainages avec 44 établissements du Québec. Des 95 parrainages présentement actifs, 25 candidats sont à l'étape du stage d'évaluation exigé par le CMQ. Les autres font ou feront l'objet d'une étude de leur demande d'admissibilité au permis restrictif auprès du CMQ ou sont en processus d'examen. Dix-sept candidats ont obtenu leur permis restrictif.

Il faut se rappeler que la procédure officielle d'évaluation du candidat auprès du CMQ (demande d'admissibilité, examens et stage d'évaluation) ne peut se faire que si le candidat est parrainé par un établissement.

Enfin, la mise en place des RUIS devrait également favoriser une meilleure répartition des effectifs médicaux par des actions concertées entre les milieux universitaires et chacune des agences.

Le maintien d'une gestion rigoureuse des PREM, tant en médecine familiale qu'en spécialités, combiné aux différentes mesures de répartition des médecins, devrait entraîner davantage d'équité dans l'accès aux services médicaux dans l'ensemble des régions du Québec.

OBJECTIF : Maintenir le nombre d'admissions en médecine du contingent régulier à 716 pour 2005-2006 et pour 2006-2007.

Indicateur	Résultat 2004-2005	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Nombre d'étudiants admis en médecine	716 (50 de plus par rapport à l'année précédente)	748	748

Commentaires

La *Politique triennale des nouvelles inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et du recrutement de médecins sous permis restrictif* vise principalement la détermination du nombre de places de formation offertes au niveau doctoral en médecine pour répondre aux besoins d'effectifs médicaux du Québec (contingent régulier). Bien que la Politique soit triennale, elle est revue annuellement.

Ainsi, sur la base des orientations proposées conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (mémoire au Conseil des ministres), la Politique adoptée par le gouvernement pour les années 2005-2006, 2006-2007 et 2007-2008 proposait d'ajouter 32 places aux admissions du contingent régulier en 2005-2006, puis 24 places en 2006-2007, et ce, afin de permettre le développement en région de deux campus satellites de formation médicale.

Ainsi, une hausse de 32 admissions a été autorisée en 2005-2006 pour le développement du campus satellite de Trois-Rivières par la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. De même, 24 places supplémentaires sont prévues en 2006-2007 pour le développement du campus satellite de Saguenay par la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

OBJECTIF : Faciliter l'intégration à la pratique de la médecine aux Québécois diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis.

Indicateur	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Nombre de personnes admises en résidence annuellement	Faciliter l'intégration des DHCEU à la pratique médicale au Québec	58 admissions de DHCEU en résidence au Québec

Commentaires

Au cours des dernières années, le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, en collaboration avec le Ministère, a mis en place diverses mesures afin d'aider les Québécois diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) à réussir les examens du CMQ et à être admis en résidence. La finalité étant, pour ces diplômés, d'obtenir un permis régulier d'exercice de la médecine. Ainsi, les admissions de DHCEU en résidence sont passées de 5 en 2002-2003 à 58 en 2005-2006.

Les mesures mises en œuvre par le Ministère et les différents intervenants sont les suivantes : des séances d'information, des ateliers préparatoires à l'examen clinique oral structuré du CMQ, de la formation préparatoire à la résidence pour les DHCEU et du soutien aux associations de DHCEU. D'autres mesures sont présentement à l'étude afin de favoriser et d'accélérer l'intégration des DHCEU au Québec.

Axe : Personnel du réseau et du Ministère

OBJECTIF : Soutenir l'implantation de 75 infirmières praticiennes de première ligne ou spécialisées.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de bourses d'études distribuées	8	10	9
Nombre d'infirmières praticiennes exerçant dans le réseau de la santé et des services sociaux	aucune	9	16[1]

1. Ces infirmières seront diplômées à l'automne 2006.

Commentaires

L'infirmière praticienne spécialisée (IPS) dispense, selon une approche globale et synergique, des soins infirmiers et certains soins médicaux répondant aux besoins complexes des patients et de leur famille dans un domaine de spécialité.

Depuis décembre 2005, huit candidates infirmières praticiennes spécialisées ont été intégrées au sein des équipes soignantes de certains établissements de santé : quatre en néphrologie et quatre en cardiologie. De plus, huit infirmières en pratique avancée en néonatalogie, dans le cadre d'un projet-pilote au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants, ont été reconnues comme candidates infirmières praticiennes spécialisées en néonatalogie.

Au total, le réseau de la santé et des services sociaux pourra bénéficier de seize IPS lorsque celles-ci auront réussi l'examen de certification de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et du Collège des médecins du Québec prévu pour septembre 2006. Selon les expériences rapportées par d'autres pays, des retombées positives sont attendues, soit l'amélioration de l'accessibilité, de la qualité et de la continuité des soins et des services.

Pour inciter les infirmières à entreprendre des études en pratique avancée, un programme d'intéressement, étalé sur cinq ans, a été mis en place. Il consiste en l'octroi de bourses de 30 000 $ chacune, pour 75 infirmières, et d'une subvention de 40 000 $ par année, pendant deux ans, afin de soutenir les établissements qui ouvriront des postes permanents à temps complet pour ces infirmières. En 2005-2006, le ministre de la Santé et des Services sociaux a distribué neuf bourses d'études et huit subventions pour un montant total de 590 000 $.

À compter de septembre 2006, une promotion sera faite autour du programme d'intéressement et de la pratique infirmière avancée. Par ailleurs, en ce qui concerne l'IPS en soins de première ligne, la réglementation entourant cette pratique devrait être adoptée au début de 2007.

OBJECTIF : Identifier les problématiques de main-d'œuvre, selon les secteurs d'activité, à l'échelle nationale :
- **identification des secteurs en pénurie de main-d'œuvre et des secteurs vulnérables.**

Indicateur	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Évolution de l'écart entre les besoins et la disponibilité des ressources dans les secteurs prioritaires	Monitorage continu des besoins en main-d'œuvre, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport	Monitorage réalisé

Commentaires

Le Ministère effectue un monitorage continu des besoins en main-d'œuvre, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. En 2005-2006, un suivi particulier a été apporté pour les infirmières, les infirmières auxiliaires, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les technologues en radio-oncologie, les pharmaciens, les technologistes médicaux, les cytotechnologistes, les technologues en radiodiagnostic, les technologues en médecine nucléaire, les inhalothérapeutes, ainsi que pour les techniciens en électrophysiologie médicale.

Actuellement, les professions les plus touchées par une pénurie sont :

Professions	Pénurie en 2006[1]	Effectif	Pourcentage
Infirmières	1 647	63 894	3 %
Pharmaciens[2]	616	6 373	10 %
Orthophonistes	212	1 317	16 %
Ergothérapeutes	158	3 288	5 %
Physiothérapeutes	87	3 790	2 %
Technologues en radiodiagnostic	234	3 201	7 %
Techniciens en électrophysiologie médicale	81	707	11 %
Inhalothérapeutes	105	2 925	4 %

1. Prévision établie sur la base des données du 31 mars 2005.
2. Ensemble des secteurs d'activité.

Dorénavant, avec l'adoption de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, les agences et les établissements sont dans l'obligation de réaliser une planification régionale et locale de la main-d'œuvre.

Pour les prochaines années, le Ministère désire obtenir un portrait de chacune des régions contenant des informations relatives à la pénurie de main-d'œuvre. Les agences devront présenter, à compter de l'an prochain, un portrait régional de la main-d'œuvre et recueillir auprès de leurs établissements des informations sur les postes vacants, les départs à la retraite et les projets de développement.

OBJECTIF : Améliorer la gestion de la présence au travail.

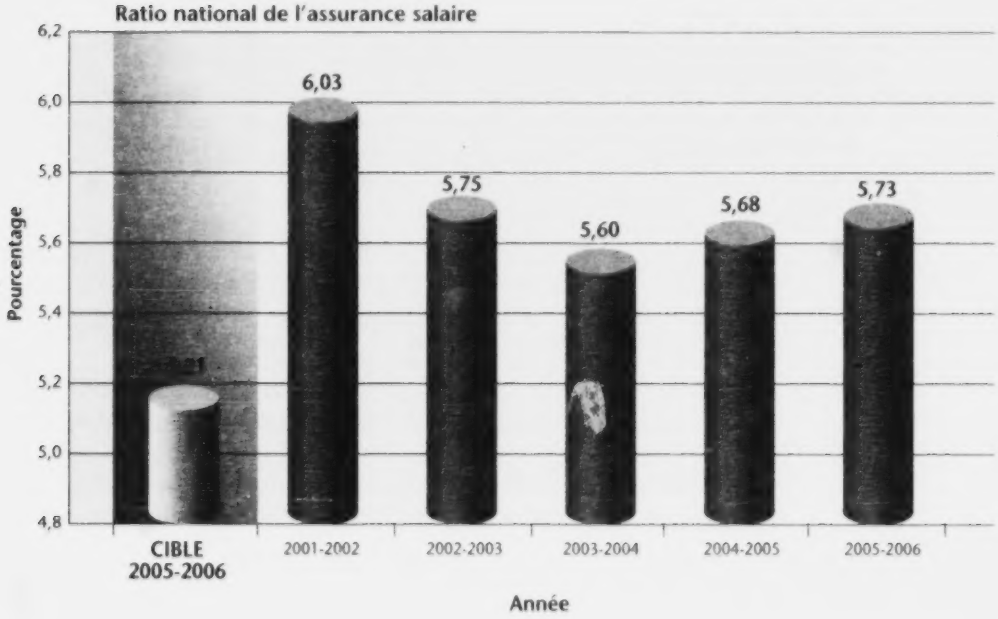
Indicateur	Résultat 2004-2005	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,68 %	5,21 %	5,73 %

Commentaires

Le ratio d'assurance salaire constitue le meilleur indicateur pour commenter l'évolution de la présence au travail dans le réseau puisqu'il tient compte, entre autres, de la variation du nombre d'heures travaillées. L'objectif fixé pour l'année 2005-2006 en termes de ratio d'assurance salaire s'élevait à 5,21 %. Cette cible n'a pas été atteinte puisque le résultat se situe à 5,73 %, ce qui représente un dépassement de 10 % de la cible.

Le ratio d'assurance salaire a atteint un sommet de 6,03 % en 2001-2002. Un plan d'action ministériel en gestion de la présence au travail a été mis en œuvre en décembre 2001 et les plans d'action régionaux qui en découlent ont commencé à s'appliquer en 2002-2003. Le ratio d'assurance salaire est ensuite passé à 5,75 % en 2002-2003.

Par ailleurs, en fonction des nombreux efforts déployés par tous les intervenants, une certaine stabilité du ratio est observée depuis 2002-2003, passant de 5,75 à 5,73 pour 2005-2006 alors que la tendance est à la hausse dans la plupart des secteurs d'activités. De plus, il faut noter l'implication des divers intervenants afin que le dossier de présence au travail devienne une priorité organisationnelle, tant locale que régionale.



Ce résultat de 5,73 % représente une augmentation de 0,9 % par rapport au ratio de 5,68 % obtenu en 2004-2005. Sur le plan régional, quatre régions présentent des hausses importantes du ratio : Abitibi-Témiscamingue (+ 12,1 %), Laurentides (+ 8,2 %), Saguenay–Lac-Saint-Jean (+ 7,3 %) et Outaouais (+ 7 %). Par ailleurs, trois régions présentent une réduction significative du ratio : Chaudière-Appalaches (- 4,5 %), Capitale-Nationale (- 4,3 %) et Montréal (- 2,4 %). Cette dernière région, avec un ratio de 5,19 %, affiche le plus bas ratio de l'assurance salaire au niveau provincial. Le tableau suivant présente les résultats détaillés par région.

Ratio régional de l'assurance salaire

Région	Résultat 2004-2005 (%)	Résultat 2005-2006 (%)	Écart (%)
Bas-Saint-Laurent	6,18	6,42	⇳ 3,9
Saguenay–Lac-Saint-Jean	6,02	6,46	⇳ 7,3
Capitale-Nationale	5,81	5,56	⇳ 4,3
Mauricie et Centre-du-Québec	5,41	5,59	⇳ 3,3
Estrie	6,02	6,00	⇳ 0,3
Montréal	5,32	5,19	⇳ 2,4
Outaouais	6,13	6,56	⇳ 7,0
Abitibi-Témiscamingue	6,10	6,84	⇳ 12,1
Côte-Nord	6,71	6,82	⇳ 1,6
Nord-du-Québec	n.a.	n.a.	n.a.
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	8,14	8,04	⇳ 1,2
Chaudière-Appalaches	5,56	5,31	⇳ 4,5
Laval	5,30	5,41	⇳ 2,1
Lanaudière	6,16	6,26	⇳ 1,6
Laurentides	6,56	7,10	⇳ 8,2
Montérégie	5,42	5,77	⇳ 6,5
Nunavik	n.a.	n.a.	n.a.
Terres-Cries-de-la-Baie-James	n.a.	n.a.	n.a.
Moyenne nationale	**5,68**	**5,73**	⇳ **0,9**

OBJECTIF 4 **Améliorer la gestion de la présence au travail.**

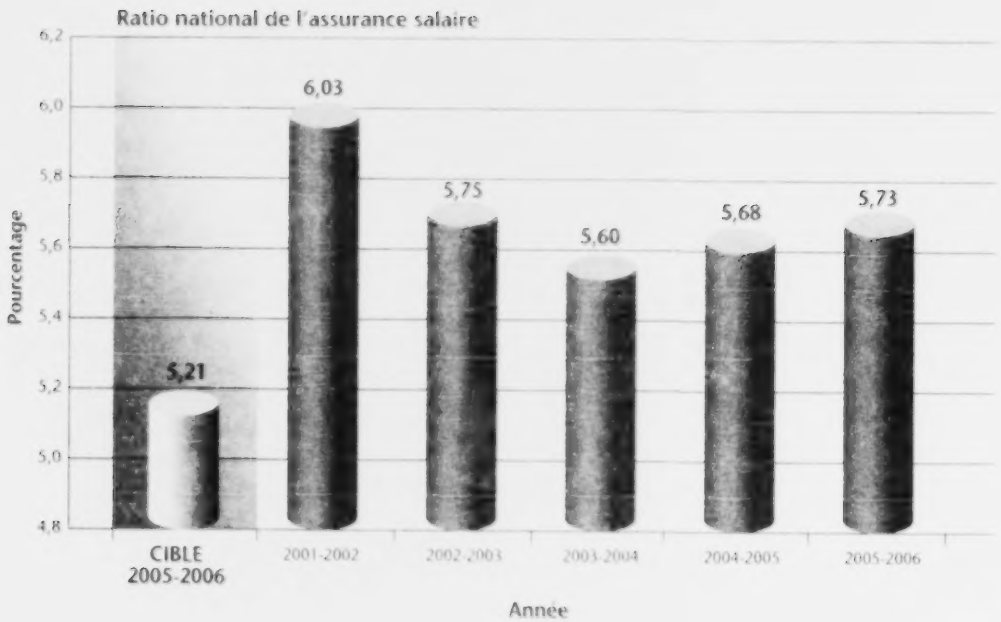
Indicateur	Résultat 2004-2005	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,68 %	5,21 %	5,73 %

Commentaires

Le ratio d'assurance salaire constitue le meilleur indicateur pour commenter l'évolution de la présence au travail dans le réseau puisqu'il tient compte, entre autres, de la variation du nombre d'heures travaillées. L'objectif fixé pour l'année 2005-2006 en termes de ratio d'assurance salaire s'élevait à 5,21 %. Cette cible n'a pas été atteinte puisque le résultat se situe à 5,73 %, ce qui représente un dépassement de 10 % de la cible.

Le ratio d'assurance salaire a atteint un sommet de 6,03 % en 2001-2002. Un plan d'action ministériel en gestion de la présence au travail a été mis en œuvre en décembre 2001 et les plans d'action régionaux qui en découlent ont commencé à s'appliquer en 2002-2003. Le ratio d'assurance salaire est ensuite passé à 5,75 % en 2002-2003.

Par ailleurs, en fonction des nombreux efforts déployés par tous les intervenants, une certaine stabilité du ratio est observée depuis 2002-2003, passant de 5,75 à 5,73 pour 2005-2006 alors que la tendance est à la hausse dans la plupart des secteurs d'activités. De plus, il faut noter l'implication des divers intervenants afin que le dossier de présence au travail devienne une priorité organisationnelle, tant locale que régionale.



Ce résultat de 5,73 % représente une augmentation de 0,9 % par rapport au ratio de 5,68 % obtenu en 2004-2005. Sur le plan régional, quatre régions présentent des hausses importantes du ratio : Abitibi-Témiscamingue (+ 12,1 %), Laurentides (+ 8,2 %), Saguenay–Lac-Saint-Jean (+ 7,3 %) et Outaouais (+ 7 %). Par ailleurs, trois régions présentent une réduction significative du ratio : Chaudière-Appalaches (- 4,5 %), Capitale-Nationale (- 4,3 %) et Montréal (- 2,4 %). Cette dernière région, avec un ratio de 5,19 %, affiche le plus bas ratio de l'assurance salaire au niveau provincial. Le tableau suivant présente les résultats détaillés par région.

Ratio régional de l'assurance salaire

Région	Résultat 2004-2005 (%)	Résultat 2005-2006 (%)	Écart (%)
Bas-Saint-Laurent	6,18	6,42	⇔ 3,9
Saguenay–Lac-Saint-Jean	6,02	6,46	⇔ 7,3
Capitale-Nationale	5,81	5,56	⇔ 4,3
Mauricie et Centre-du-Québec	5,41	5,59	⇔ 3,3
Estrie	6,02	6,00	⇔ 0,3
Montréal	5,32	5,19	⇔ 2,4
Outaouais	6,13	6,56	⇔ 7,0
Abitibi-Témiscamingue	6,10	6,84	⇔ 12,1
Côte-Nord	6,71	6,82	⇔ 1,6
Nord-du-Québec	n.a.	n.a.	n.a.
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	8,14	8,04	⇔ 1,2
Chaudière-Appalaches	5,56	5,31	⇔ 4,5
Laval	5,30	5,41	⇔ 2,1
Lanaudière	6,16	6,26	⇔ 1,6
Laurentides	6,56	7,10	⇔ 8,2
Montérégie	5,42	5,77	⇔ 6,5
Nunavik	n.a.	n.a.	n.a.
Terres-Cries-de-la-Baie-James	n.a.	n.a.	n.a.
Moyenne nationale	**5,68**	**5,73**	**⇔ 0,9**

La cible a été établie à 5,34 % pour l'année 2006-2007, ce qui correspond à une diminution de 6,8 % du ratio de l'assurance salaire. Afin d'atteindre les objectifs fixés, le Ministère poursuivra, de concert avec l'ensemble des partenaires du réseau que sont les agences de même que les établissements, la mise en œuvre de diverses activités, dont la révision de la méthodologie pour fixer les nouvelles cibles en assurance salaire 2007-2010, la production d'indicateurs de gestion découlant de la banque de données nationale, la détermination d'un nouveau plan d'action 2007-2010 et des pistes d'interventions prioritaires découlant des indicateurs de gestion.

OBJECTIF : **Effectuer un exercice de planification de la main-d'œuvre pour le personnel du Ministère en lien avec sa mission et ses responsabilités.**

Indicateur	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Production d'un plan de gestion de la main-d'œuvre en 2005 pour le Ministère et identification des moyens et des stratégies d'adaptation de la main-d'œuvre ministérielle en réponse aux besoins à satisfaire et aux orientations gouvernementales, notamment en matière de réduction de la taille de l'État	Diffusion d'un plan de gestion de la main-d'œuvre	Plan de gestion de la main-d'œuvre diffusé en septembre 2005
	Identification des moyens et des stratégies d'adaptation de la main-d'œuvre	Mise en œuvre des moyens retenus sur une période s'échelonnant d'avril 2005 à mars 2008

Commentaires

Pour poursuivre l'amélioration de la qualité des services à dispenser et pour voir à l'utilisation optimale de son personnel, le Ministère doit prendre en compte le fait que les prochaines années seront marquées par un exode important de son personnel en raison des départs à la retraite.

Au Ministère, le nombre effectif de départs à la retraite a été de 36 au cours de l'année 2005-2006. À ce nombre s'ajoutent quelque 20 départs en mutation. En tenant compte des démissions, des décès et des congédiements, quelque 70 personnes ont dû être remplacées, soit un taux de roulement de la main-d'œuvre en place d'environ 6 %.

Une analyse des ressources en place au Ministère en fonction de l'âge a permis de constater que les emplois de cadre, de conseiller en gestion des ressources humaines, d'agent de recherche et de planification ainsi que d'analyste de l'informatique et des procédés administratifs seront les premiers à être désertés en raison des départs à la retraite. Dans ces corps d'emploi, plus de la moitié du personnel est âgé de 50 ans et plus.

L'exercice de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre a pour but de déterminer les moyens à mettre en œuvre pour pallier les départs afin de s'assurer d'un transfert approprié des connaissances du personnel quittant leur emploi dans la perspective où, pour se conformer aux objectifs de réduction de la taille de l'État, les emplois devront être comprimés dans une proportion correspondant à 40 % des départs à la retraite.

Concrètement, chaque direction générale a été amenée à statuer sur le transfert des dossiers des personnes quittant pour la retraite et à mettre en place des mesures particulières (formation, transfert de connaissances et d'expertise, délestage de certains dossiers, réorganisation interne, etc.). Chacune des actions retenues devait également être accompagnée d'un calendrier de réalisation en fonction de la date anticipée du départ. Les gestionnaires des unités concernées par ces départs ont également eu à déterminer lesquels des emplois feraient l'objet de la compression correspondant à 40 % des départs. L'analyse des emplois vulnérables en raison des départs à la retraite fut aussi étendue aux emplois jugés stratégiques par les gestionnaires, de façon à pallier d'éventuels départs non planifiés.

Ce plan de gestion est mis à jour annuellement en raison de sa nature évolutive.

Orientation : Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles et la circulation de l'information clinique en soutien à l'intégration des services

Axe : Plan d'informatisation

OBJECTIF : Assurer la gouvernance des ressources informationnelles du Ministère et de son réseau :
- **en assurant l'évolution annuelle de l'architecture globale du plan d'informatisation ;**
- **en élaborant et en diffusant les normes et les standards qui soutiennent les orientations architecturales du plan d'informatisation ;**
- **en assurant la réalisation annuelle, par 100 % des agences, de plans régionaux d'informatisation arrimés à l'architecture globale du plan d'informatisation.**

Indicateurs	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Révision annuelle de l'architecture globale	Adoption de méthodologies et accroissement de la portée couverte par les orientations architecturales	Adoption et dépôt des documents suivants : • Modèle de sécurité proposé • Architecture fonctionnelle de sécurité des infrastructures du RSSS • Inventaire des supports matériels • Vision sur l'index des dossiers patients • Grille de critères technologiques • Vision sur l'optimisation et consolidation des infrastructures du réseau
Normes et standards diffusés annuellement en lien avec l'architecture globale	Mise en place du cadre de gestion des normes et standards	Mise en place d'un cadre de gestion comprenant un registre de 400 normes et standards pour l'encadrement du développement technologique
Proportion d'agences qui ont réalisé un plan d'informatisation arrimé	Réalisation de tous les plans régionaux et amorce de l'arrimage des plans avec quatre régions	Treize agences ont déposé leur plan régional d'informatisation

Commentaires

Le plan d'informatisation du Ministère a fait l'objet de plusieurs travaux préparatoires depuis quelques années. Ces derniers ont permis l'établissement et le partage d'une vision par tous les partenaires impliqués, une contribution active à l'élaboration du cadre juridique permettant notamment une meilleure circulation de l'information, la définition d'un ensemble de normes et standards facilitant l'interopérabilité à plusieurs niveaux ainsi que la définition des orientations en matière d'optimisation des ressources informationnelles. Enfin, ces travaux ont permis l'arrimage avec Inforoute Santé du Canada.

L'architecture globale du plan d'informatisation a progressé au cours de l'année 2006, notamment par la réalisation d'importants travaux d'architecture au niveau de la sécurité, des index des dossiers patients pour l'ensemble du réseau, par l'établissement de la grille des critères technologiques pour les appels d'offres ainsi que par la définition de la vision et des orientations ministérielles en matière d'optimisation. Des documents et des méthodologies pour chacun des projets ont d'ailleurs été produits et présentés à différents intervenants du réseau au cours de l'année.

La mise en œuvre du plan d'informatisation nécessitera au cours de la prochaine année, en plus de l'évolution normale de l'architecture globale selon la vision et les orientations du Ministère, la réalisation d'autres travaux à portée horizontale, notamment en matière de sécurité, d'optimisation, d'arrimage des nouveaux cadres normatifs avec le modèle conceptuel corporatif de données.

La production d'un premier registre des normes et standards, arrimé au plan d'informatisation et aux travaux conduits au niveau canadien par Inforoute Santé du Canada, est une assise importante pour la mise en place du plan d'informatisation et par conséquent pour le choix de solutions technologiques qui seront déployées dans le réseau. L'établissement de plus de 400 normes ainsi que la mise en place d'un cadre de gestion de ces normes permettront l'encadrement technologique au cours des prochaines années. Une mise à niveau régulière de ce cadre de gestion s'avérera nécessaire et elle devra être synchronisée avec la révision de l'architecture globale du Ministère.

Treize agences ont déjà déposé un plan d'informatisation régional arrimé à l'architecture globale du Ministère. Ces plans seront régulièrement mis à jour. D'ailleurs, pour cinq de ces treize agences, des travaux d'arrimage avec le Ministère sont en cours. Les autres agences produiront leur premier plan d'informatisation en 2006-2007.

OBJECTIF : Implanter les systèmes d'information et les infrastructures technologiques ministérielles, provinciales et régionales en soutien à l'intégration des services et à la circulation de l'information clinique.

Indicateur	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Systèmes d'information et infrastructures technologiques implantés	Poursuivre l'implantation des systèmes d'information et des infrastructures technologiques	Poursuite des travaux d'implantation des différents systèmes d'information (voir les commentaires pour les systèmes spécifiques où des travaux se sont poursuivis en 2005-2006)

Commentaires

Une multitude de projets d'informatisation du réseau sociosanitaire sont en cours. La gestion intégrée de ce portefeuille de projets nécessite une définition de la portée de chacun d'entre eux afin de favoriser une démarche coordonnée de réalisation des mandats, l'application de normes et standards et l'optimisation de l'exploitation des infrastructures technologiques en place ou à déployer. L'implantation des systèmes d'information s'est donc poursuivie en apportant les ajustements requis pour respecter les lignes directrices émanant du plan d'informatisation, afin de tenir compte des modifications législatives instaurées par l'adoption du projet de loi n° 83 ainsi que d'intégrer les orientations énoncées dans les travaux d'architecture.

Parmi les solutions implantées au cours de l'exercice 2005-2006, il faut mentionner le début du déploiement d'une version révisée d'Info-Santé permettant une modernisation de la plateforme technologique utilisée (Web), une mise à jour en continu des protocoles infirmiers et une plus grande souplesse d'opération pour soutenir l'évolution de l'application.

Les travaux se sont également poursuivis pour la livraison de systèmes et d'infrastructures :

- Réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie (RSIPA) : lancement d'un appel d'offres pour le choix d'un outil d'évaluation de la clientèle ;
- Système d'information de gestion des départements d'urgence (SIGDU) : poursuite du déploiement de la solution aux CH de plus petite taille ;
- Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémoglobine : évolution majeure du logiciel et optimisation de l'utilisation des infrastructures pour le sommaire transfusionnel ;
- Med-Écho : déploiement d'une nouvelle version de Med-Écho permettant la migration de la Classification internationale des maladies à la version CIM-10-CA de l'Institut canadien d'information sur la santé et implantation d'une nouvelle version de la Classification canadienne des interventions (CCI) ;
- Informatisation des GMF : poursuite de l'informatisation des GMF – 80 % des 108 GMF accrédités au 31 mars 2006 sont informatisés.

Les activités soutenues durant l'exercice 2005-2006 ont confirmé l'importance de s'outiller pour assurer un meilleur suivi des différents projets. C'est dans cette perspective qu'a été mis en place le Bureau de coordination de projets. Par ailleurs, les activités majeures qui seront réalisées en 2006-2007 devront s'harmoniser avec celles du dirigeant principal du plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux. Certains projets devront aussi être gérés en collaboration avec Inforoute Santé du Canada, notamment ceux permettant de développer l'infrastructure nécessaire au déploiement d'un dossier de santé électronique pour les citoyens qui y auront consenti.

La gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux

Orientation : Assurer une gestion des ressources financières qui respecte le cadre budgétaire du gouvernement et qui est équitable pour toutes les régions

Axe : Équilibre budgétaire

OBJECTIF : Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

Indicateur	Cible 2005-2006	Résultat 2005-2006
Déficit annuel d'exploitation	116,4 M$	150,0 M$

Commentaires

Le Ministère a poursuivi ses efforts afin d'assurer le rétablissement de l'équilibre budgétaire des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux. Ces efforts ont débuté dès la transmission des enveloppes initiales de crédits 2005-2006, par la signification de cibles budgétaires allouées à chacune des régions, totalisant pour la province 116,4 millions de dollars. De plus, ces mêmes cibles sont partie intégrante des ententes de gestion et d'imputabilité conclues entre les instances régionales et le Ministère pour l'année 2005-2006.

Des rencontres ont eu lieu avec les instances regionales ou les établissements en vue d'assurer le respect de la cible déficitaire tout en préservant l'accessibilité des services requis par la population. La pleine réalisation des mesures de redressement budgétaire, ayant obtenu l'approbation du ministre en 2005-2006, présentait un potentiel de redressement de 19,6 millions de dollars.

Il faut rappeler que les budgets des exercices 2004-2005 et 2005-2006 comportaient chacun une tranche financière récurrente supplémentaire de 100 millions de dollars et de 75 millions de dollars (des trois tranches prévues). Ces ajouts financiers visaient à soutenir les établissements publics dans leur gestion des ressources financières afin d'atteindre le retour à l'équilibre.

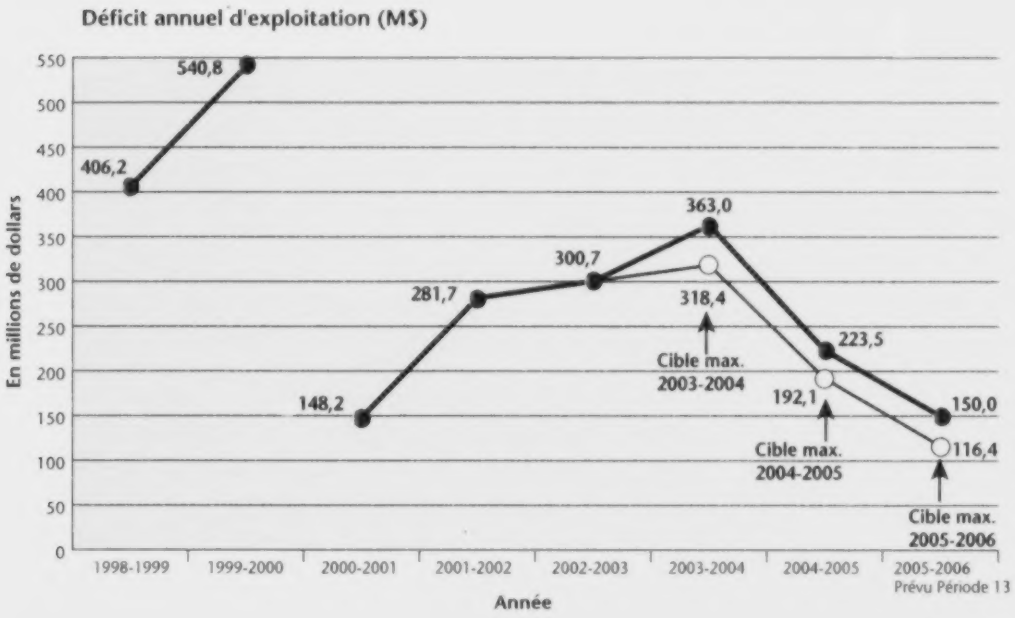
Résultats régionaux – Les résultats attendus pour l'exercice 2005-2006 indiquent que cinq régions termineront l'exercice dans le respect de leur cible budgétaire régionale signifiée par le Ministère. Par ailleurs, huit régions prévoient un dépassement de leur cible équivalant à moins de 0,5 % de leurs revenus. Deux régions prévoient un dépassement de leur cible se situant entre 0,5 % et 1 % de leurs revenus, et trois autres régions prévoient elles aussi un dépassement de leur cible représentant plus de 1 % de leurs revenus. Le déficit

d'exploitation annuel est passé de 223,5 millions de dollars en 2004-2005 à un montant estimé à 150,0 millions de dollars, selon les données de la dernière période financière de l'exercice 2005-2006, pour un écart à la cible de 33,5 millions de dollars (0,24 % du budget 2005-2006).

129 établissements en équilibre – Les résultats à la 13e période financière révèlent que près de 66 % des établissements publics termineront l'année financière 2005-2006 en équilibre ou en surplus sur une base annuelle d'exploitation.

67 établissements en déficit – Parmi les 67 établissements qui prévoient terminer l'exercice financier 2005-2006 en déficit, 35 prévoient un résultat qui respecte le niveau de leur cible et 32 prévoient un déficit supérieur à leur cible.

Le Ministère, en collaboration avec les agences et les établissements, entend poursuivre ses efforts en vue d'atteindre rapidement les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.



La Déclaration de services aux citoyens

La *Déclaration de services aux citoyens* traduit l'engagement du Ministère d'offrir des services de qualité aux citoyens et citoyennes. Elle s'applique aux services offerts directement à la population par le Ministère, se limitant ainsi à trois types de services :

- les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux ;
- les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec ainsi que la recherche d'antécédents sociobiologiques pour les cas d'adoption hors Québec ;
- les renseignements se rapportant à la Loi sur le tabac et les inspections liées à son application.

Cette déclaration est en vigueur depuis le 1er avril 2005. Le Ministère rend donc compte pour une première année des services visés par la déclaration.

5.1 Les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux

La Direction des communications a rempli son engagement de répondre aux demandes de renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux.

En 2005-2006, la Direction des communications a traité 28 866 demandes de renseignements, dont 56 % touchaient le Ministère lui-même ou le réseau de la santé et des services sociaux. Le tableau qui suit présente la répartition des renseignements demandés pour l'année 2005-2006.

Répartition des demandes de renseignements à la Direction des communications, en 2005-2006

Demandes traitées ou redirigées[1]	Nombre
Renseignements concernant le réseau	8458
Renseignements concernant le MSSS	7723
Renseignements concernant la RAMQ	5088
Renseignements concernant la documentation des ministères et des organismes	2639
Divers (ordres professionnels, organismes, associations, gouvernement du Canada, services municipaux, etc.)	2458
Renseignements concernant les autres ministères	1823
Renseignements concernant les organismes gouvernementaux	677
Total	**28866**

1. Les demandes de renseignements généraux touchent parfois des renseignements se rapportant à l'adoption internationale ou à la Loi sur le tabac. Ces dernières sont alors redirigées vers le Secrétariat à l'adoption internationale ou le Service de lutte contre le tabagisme. Ces demandes sont comptabilisées dans ce tableau, mais elles peuvent aussi l'être dans les tableaux présentés dans les sections sur l'adoption internationale et la Loi sur le tabac.

Le service téléphonique de renseignements est accessible du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30, sauf les jours fériés. Les préposés aux renseignements répondent aux appels téléphoniques le plus rapidement possible et majoritairement le jour même. Au cours de l'année 2005-2006, la plupart des demandes ont été adressées par téléphone.

Aucune demande de renseignements n'est parvenue par la poste ou par le télécopieur. Ainsi, les préposés aux renseignements n'ont traité que des demandes provenant du courrier électronique. Ils acheminent un accusé de réception précisant le délai de réponse à la demande dans les dix jours ouvrables suivant la réception. Habituellement, le délai de réponse est réduit au jour même où le préposé reçoit la demande.

Le tableau suivant présente les moyens privilégiés par la population pour effectuer les demandes de renseignements en 2005-2006.

Répartition des moyens privilégiés pour effectuer des demandes de renseignements à la Direction des communications, en 2005-2006

Moyens	Nombre de demandes traitées
Téléphone	24520
Courrier électronique	4346
Total	**28866**

5.2. Les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec

Les renseignements transmis aux citoyens s'adressant au Secrétariat à l'adoption internationale (SAI) traitent de différents sujets. Ainsi, le personnel apporte une réponse aux questions portant sur le mandat du SAI, le cadre législatif en matière d'adoption internationale, le rôle des organismes agréés, les démarches d'adoption en général et celles spécifiques au pays de prédilection, l'adoption avec ou sans l'assistance d'un organisme agréé, les services disponibles en pré et postadoption ainsi que l'obtention de la citoyenneté canadienne. Outre ces questions, le personnel peut fournir des informations sur les programmes sociaux disponibles pour les adoptants et leurs enfants.

En matière de recherche d'antécédents sociobiologiques et de retrouvailles, le personnel précise le cadre législatif régissant l'accès à l'information contenu dans le dossier d'adoption et la poursuite des démarches pour la clientèle concernée.

En adoption internationale tout comme pour la recherche d'antécédents ou les retrouvailles, le personnel du SAI appuie le citoyen dans les démarches qu'il a entreprises par des lettres, des interventions ou des représentations auprès d'instances variées tant au Québec que dans les pays étrangers.

Afin de répondre aux demandes d'information des citoyens, le SAI a, au cours de la dernière année, révisé son site Internet pour l'adapter aux changements apportés dans le cadre de la mise en œuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale. De plus, le citoyen peut demander des informations en ligne ou communiquer son insatisfaction. À la suite de l'introduction de l'abonnement aux Cyber Nouvelles, plus de 300 personnes se sont prévalues de ce service.

Les demandes traitées

Le SAI n'est pas doté d'un système ni d'un mécanisme pouvant comptabiliser le nombre exact de demandes traitées. Toutefois, les observations et certaines analyses ponctuelles indiquent que le SAI produit annuellement, de façon conservatrice, plus de 10 000 lettres nécessaires aux démarches d'adoption. Il est permis de croire que le SAI répond, dans la très grande majorité des cas, à l'intérieur d'un délai de dix jours ouvrables.

De plus, le SAI répond quotidiennement, en moyenne, à 45 appels téléphoniques provenant d'organismes agréés, d'intervenants du réseau (CSSS, CPEJ), mais surtout, dans une très grande proportion, de citoyens souhaitant obtenir des informations. Le SAI dispose d'une ligne téléphonique sans frais partout au Québec. Il assure une réponse téléphonique constante du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30, incluant l'heure du dîner. Chaque appel est pris en charge par une agente de bureau qui voit aussitôt à le rediriger vers le service approprié (direction générale, conseillers à l'adoption internationale, gestion des dossiers d'adoption et archivage) afin d'assurer aux interlocuteurs une réponse adéquate.

Chaque visiteur arrivant au SAI est accueilli par un personnel courtois assurant aux citoyens un service approprié, et ce, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30, incluant l'heure du dîner. Dès son arrivée, une agente de bureau voit immédiatement à annoncer le visiteur au service approprié afin que l'employé concerné en soit avisé.

Les visites sans rendez-vous sont traitées de la même façon que celles avec rendez-vous. Les secrétaires respectives des services avisent l'employé concerné et vérifient la disponibilité de ce dernier. En cas d'impossibilité, un arrangement est pris avec le visiteur.

Enfin, le SAI a élaboré un guide de procédures administratives regroupant les tâches relatives à la réponse téléphonique, à l'accueil des visiteurs de même qu'au traitement du courrier et des télécopies.

5.3. Les renseignements concernant la Loi sur le tabac et les inspections liées à son application

Le Service de lutte contre le tabagisme (SLT) a le mandat de mettre en œuvre le *Plan québécois de lutte au tabagisme* et de surveiller l'application de la Loi sur le tabac qui vise à protéger la santé de la population contre la fumée de tabac dans l'environnement. Il fournit directement à la population les services de renseignement se rapportant à la loi et d'inspection liés à son application.

Les services de renseignements se rapportant à la Loi sur le tabac

Le SLT répond à une multitude de demandes qui lui sont transmises par téléphone, par courrier électronique (loi-tabac@msss.gouv.qc.ca) ou par la poste et qui visent généralement à obtenir des informations relatives à l'application de la Loi sur le tabac. Les demandes peuvent provenir de la population en général, des exploitants de lieux visés par la Loi sur le tabac, de détaillants de tabac, de même que des employés travaillant dans les lieux visés.

Au cours de l'année 2005-2006, le SLT a répondu à 9 366 demandes de renseignements par téléphone, à 509 courriers électroniques et à de nombreux courriers postaux.

Répartition des demandes de renseignements se rapportant à la Loi sur le tabac, selon le mode de communication utilisé, et délais moyens de réponse, en 2005-2006

Mode de communication utilisé	Nombre de demandes	Délai moyen de réponse
Appel téléphonique	9 366	33 secondes
Courrier électronique	509	2,3 jours
Courrier postal	N/D	N/D

Le service téléphonique est accessible de 8 h 30 à 16 h 30, et ce, de partout au Québec au moyen d'une ligne sans frais. Au cours de l'année 2005-2006, en moyenne 81 % des appels reçus chaque mois ont obtenu une réponse sans délai d'attente. Lors de campagnes d'information, l'achalandage du service téléphonique connaît une augmentation significative. Ce fut le cas notamment au cours des mois de janvier, février et mars 2006 à la suite des envois massifs de

bulletins aux détaillants de tabac et de lettres d'information aux exploitants de lieux visés par la loi. Ces envois étaient effectués dans le cadre des modifications à la loi qui entraient en vigueur le 31 mai 2006. Le tableau suivant montre que ce sont les appels provenant des exploitants de lieux visés par la loi ou de détaillants de tabac qui sont les plus nombreux.

Répartition des demandes de renseignements par téléphone se rapportant à la Loi sur le tabac, selon le demandeur, en 2005-2006

Demandeur	Nombre d'appels
Population	3136
Exploitants ou détaillants de lieux visés par la loi	5174
Employés travaillant dans un lieu visé par la loi	1056
Total	**9366**

La répartition des demandes de renseignements révèle que la grande majorité des appels téléphoniques reçus concernent l'application de la Loi sur le tabac. Viennent ensuite les plaintes relatives à l'application de la loi et la commande d'outils d'information.

Répartition des demandes de renseignements par téléphone concernant la Loi sur le tabac, selon le sujet traité, en 2005-2006

Sujet traité lors de l'appel	Nombre
Information relative à l'application de la loi	10470
Plaintes relatives à l'application de la loi, demandes sur la procédure et le suivi	1472
Commandes d'outils d'information	990
Moyens d'implantation de la loi	423
Autres objets	487
Total	**13842**

Note : Puisqu'une demande de renseignement peut viser plusieurs sujets, le total des sujets est plus élevé que le total des demandes reçues (9 366 demandes de renseignements ont traité de 13 842 sujets).

Le service téléphonique traite aussi un bon nombre de demandes reçues par courrier électronique. Dans la mesure du possible, la réponse est habituellement transmise par téléphone afin de fournir une information plus complète et mieux ciblée.

Parmi les réponses transmises par écrit, 99,0 % ont été acheminées dans un délai maximal de dix jours ouvrables après leur réception. Aucune réponse n'a toutefois été transmise dans un délai excédant quinze jours. Le délai moyen de réponse par courrier électronique est de 2,3 jours.

Répartition des demandes de renseignements par courrier électronique concernant la Loi sur le tabac et les inspections, selon le mode de réponse, et délai moyen de réponse, en 2005-2006

Mode de réponse	Nombre de réponses	Délai moyen de réponse
Réponses écrites	333	2,3 jours
Réponses téléphoniques	176	n.d.
Total	**509**	**n.d.**

Les services d'inspection liés à l'application de la loi

Tel que mentionné, le SLT reçoit les plaintes de la population concernant le non-respect de la loi dans certains lieux. Cette information contribue à alimenter les interventions d'inspection par la suite. Ainsi, des inspecteurs nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux visitent les lieux visés par la loi pour s'assurer de leur conformité et, au besoin, émettent des constats d'infraction aux exploitants ou aux individus contrevenants.

Au cours de l'année 2005-2006, il y a eu 1 922 plaintes reçues par téléphone, par courrier électronique ou par la poste. Ces dernières ont donné lieu à 1 783 visites d'inspection à la suite desquelles 893 constats d'infraction ont été émis à des exploitants ou à des individus. Près de 28,5 % de ces constats ont été donnés à des individus.

Constats d'infraction à la Loi sur le tabac émis à la suite d'une inspection, selon le défendeur, en 2005-2006

Défendeur	Nombre de constats
Constats d'infraction émis aux exploitants	638
Constats d'infraction émis aux individus	255
Total	**893**

5.4. Les plaintes

En cas d'insatisfaction concernant un service obtenu et visé par la *Déclaration de services aux citoyens*, les citoyens peuvent contacter la personne responsable du traitement des plaintes du Ministère afin de lui faire part de leurs insatisfactions. Cette personne reçoit les plaintes et les commentaires relativement aux engagements contenus dans la déclaration et examine le tout de façon indépendante et confidentielle.

Au cours de l'année 2005-2006, le responsable du traitement des plaintes liées à la *Déclaration de services aux citoyens* du Ministère a reçu directement un total de 22 plaintes (15 courriers électroniques et 7 lettres), lesquelles ont fait l'objet d'un suivi par l'unité administrative concernée lorsque requis.

Des 22 plaintes reçues, 20 ne concernaient pas les unités administratives visées dans la *Déclaration de services aux citoyens* du Ministère, mais plutôt des services rendus par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Dans

ces cas, sur réception de la plainte, une lettre a été transmise aux plaignants leur indiquant les coordonnées du Protecteur des citoyens en matière de santé et de services sociaux.

En ce qui a trait aux deux plaintes applicables à la *Déclaration de services aux citoyens*, elles concernaient le Service de lutte contre le tabagisme et le Secrétariat à l'adoption internationale. Dans ces deux cas, un suivi a été assuré par l'unité administrative concernée.

Dans tous les cas, le traitement des plaintes a été fait dans un délai maximal de 20 jours à compter de leur réception.

Partie 6

L'utilisation des ressources

Le présente partie du rapport fait état des ressources allouées au Ministère en 2005-2006 dans l'exercice de sa mission.

6.1. Les ressources humaines

L'évolution de l'effectif et les mouvements de personnel

Au 31 mars 2006, le Ministère et les organismes relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, pour lesquels le Ministère assure le soutien administratif, comptaient 835 postes réguliers autorisés et 42 équivalents temps complet (ETC) occasionnels autorisés, pour un total de 877 ETC.

La réduction imposée aux ministères en ce qui concerne le remplacement des départs à la retraite explique principalement l'écart de 13 postes observé entre l'effectif régulier du 31 mars 2006 et celui du 31 mars 2005.

Les données détaillées concernant les postes réguliers et les emplois occasionnels sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Ventilation des postes selon la catégorie et le statut d'emploi

Catégorie d'emploi	Postes réguliers		Postes occasionnels		Total	
	31 mars 2005	31 mars 2006	31 mars 2005	31 mars 2006	31 mars 2005	31 mars 2006
Haute direction et cadres	79	85	-	-	79	85
Professionnels	507	490	22	22	529	512
Fonctionnaires	262	260	11	20	273	280
Total	**848**	**835**	**33**	**42**	**881**	**877**

Note : Ces données ne comprennent pas les effectifs de l'Office des personnes handicapées du Québec et de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Par ailleurs, une nouvelle notion relative aux ressources humaines a été introduite en 2004 dans la gestion de la réduction de la taille de l'État : il s'agit de l'« effectif utilisé » au cours d'une année. Sommairement, l'effectif utilisé correspond à la somme des jours travaillés de l'ensemble du personnel calculée en années-personnes (équivalents temps complet). L'effectif utilisé ne prend donc pas en compte les congés sans traitement et les congés parentaux ; il comprend cependant les congés de vacances, les jours fériés, les journées de maladie et les journées de préretraite ; les personnes qui sont à temps réduit ne comptent que pour la portion de leur semaine de travail effective.

Les tableaux suivants présentent une série de données sur l'effectif utilisé selon diverses variables : le type d'emploi, la catégorie d'emploi, le sexe et l'âge.

Répartition de l'effectif utilisé selon le type d'emploi, la catégorie d'emploi et le sexe

	2004-2005		2005-2006	
	Nombre de ETC utilisés	**% du total des ETC utilisés**	**Nombre de ETC utilisés**	**% du total des ETC utilisés**
Type d'emploi				
Réguliers	767	84	730	85
Occasionnels	127	14	115	13
Autres (étudiants et stagiaires)	16	2	13	2
Catégorie d'emploi				
Cadres	69	8	68	8
Professionnels	478	52	454	53
Fonctionnaires	347	38	323	38
Autres (étudiants et stagiaires)	16	2	13	1
Sexe				
Hommes	362	40	333	39
Femmes	548	60	525	61

Répartition de l'effectif utilisé au 31 mars par groupe d'âge

	2004-2005		2005-2006	
	Nombre de personnes	**% de personnes**	**Nombre de personnes**	**% de personnes**
34 ans et moins	175	19	192	21
35 à 54 ans	570	61	530	58
55 ans et plus	184	20	189	21
	Nombre de ETC utilisés	**% de ETC utilisés**	**Nombre de ETC utilisés**	**% de ETC utilisés**
34 ans et moins	159	17	149	17
35 à 54 ans	556	61	510	60
55 ans et plus	195	22	199	23

Par ailleurs, aux yeux des autorités, la mobilité interne et externe de la main-d'œuvre est un moyen de ressourcement et de valorisation de l'effectif. Au cours de l'année de référence, 170 entrées en fonction ou déplacements internes sont dénombrés, comparativement à 189 l'année dernière.

Le taux de roulement est le nombre de personnes remplacées sur un poste régulier au cours de l'année par rapport au nombre de postes réguliers utilisés. Ce taux a diminué et il est de 5,5 % pour l'année 2005-2006.

Quant au nombre de départs, il a augmenté, passant de 66 en 2004-2005 à 108 en 2005-2006. Le taux d'absentéisme est demeuré le même qu'en 2004-2005, soit 11 %.

Taux de roulement du personnel et taux d'absentéisme

		2004-2005	2005-2006
Taux de roulement du personnel régulier	Nombre de personnes remplacées sur un poste régulier au cours de l'année excluant les affectations/Nombre de postes réguliers utilisés au 31 mars	6,3 %	5,5 %
Taux d'absentéisme	Nombre de jours d'absences/Nombre de jours de travail payés	11 %	11 %

L'investissement dans la formation du personnel

Au cours de l'année 2005-2006, il y a eu 3 032 participations aux activités de formation. Les coûts directs et indirects autres que les traitements ont atteint 556 250 $. L'ensemble des coûts liés à la formation a permis au Ministère de dépasser la cible du 1 % imposée aux organismes publics par la Loi sur le développement et la formation de la main-d'œuvre. En 2004-2005, le nombre de participations avait été de 2 621 et les coûts correspondants avaient atteint 491 919 $.

Les départs à la retraite et la planification de la main-d'œuvre

En 2005-2006, 36 personnes ont quitté leur emploi pour la retraite. Afin de souscrire aux objectifs gouvernementaux de réduction de la taille de l'État, le Ministère a poursuivi son exercice de planification de la main-d'œuvre en prévision des prochains départs à la retraite. Pour l'exercice 2006-2007, le nombre anticipé des départs à la retraite se situe entre 44 et 53. Du 1er avril 2006 au 31 mars 2009, on prévoit que 18,5 % des employés partiront à la retraite.

L'exercice de planification de la main-d'œuvre entrepris a pour but de déterminer les actions particulières à mettre en place pour pallier tous ces départs à la retraite et pour préparer la relève pour les emplois stratégiques, pour le développement de compétences-clés et pour le transfert d'expertise, dans l'éventualité où ces départs ne pourront être remplacés que dans une proportion de 40 %.

Prévision des départs à la retraite

	Nombre d'employés	Pourcentage par rapport à l'effectif total
Du 1er avril 2005 au 31 mars 2008	125	16,7 %
Du 1er avril 2006 au 31 mars 2009	138	18,5 %

6.2 Les ressources financières

Les dépenses pour l'année 2005-2006 du Ministère, de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) et de la RAMQ s'élèvent à 20 856 253 407 $.

Ces dépenses se répartissent entre les quatre programmes distincts détaillés ci-dessous :

Les fonctions nationales programme 01
267 558 139 $

Le programme des fonctions nationales vise à permettre au Ministère et aux organismes-conseils de disposer des ressources et des services nécessaires pour établir, mettre en œuvre, évaluer et contrôler les programmes de santé et de services sociaux. Il vise également à susciter la participation de la population à la définition de ses besoins, à assurer la coordination nationale du développement et de la prestation des services de santé et des services sociaux ainsi qu'à financer les activités nationales. De façon plus particulière, ce programme permet d'assurer notamment les services suivants :

- l'assurance hospitalisation à l'extérieur du Québec ;
- le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C ;
- l'application d'une politique d'équilibre du prix des médicaments ;
- les activités de recherche dans les domaines de la santé et des services sociaux ;
- le soutien aux organismes communautaires nationaux.

Les fonctions nationales incluent également le budget de fonctionnement du Ministère ainsi que celui des différents organismes-conseils que sont le Conseil du médicament, le Protecteur des usagers, le Conseil de la santé et du bien-être, l'AETMIS et le Conseil médical du Québec.

Les fonctions régionales programme 02
15 185 286 758 $

Le programme des fonctions régionales vise à assurer à la population les services qui favorisent l'atteinte des objectifs définis dans les documents d'orientation ministérielle et de ceux qui ont été signifiés aux agences dans les ententes de gestion et d'imputabilité. Il inclut également le budget de fonctionnement de celles-ci. De façon plus particulière, ce programme permet d'assurer notamment la prestation des services suivants :

- les services de santé et les services sociaux courants, de nature préventive ou curative, et les services de réadaptation ou de réinsertion ;
- les services diagnostiques et les soins médicaux généraux, spécialisés et surspécialisés ;
- les services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, les services de réadaptation et infirmiers, ainsi que les services psychosociaux, pharmaceutiques et médicaux offerts aux adultes qui, en raison de leur perte

d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie. Ces services sont fournis par les CSSS, les CH et les CHSLD qui n'ont pas été intégrés dans les CSSS ;

- les services de nature psychosociale, y compris les services d'urgence sociale fournis par les CPEJ ;
- les services de réadaptation et d'intégration sociale qui s'adressent à des personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou qui présentent des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial. Ces services sont fournis par les centres de réadaptation ;
- les services de prévention, d'aide et de soutien, fournis par les organismes communautaires et inscrits dans un plan régional de services, auxquels s'ajoutent les activités de promotion, de sensibilisation, de défense des droits des utilisateurs des services et de défense des intérêts des usagers.

Le programme des fonctions régionales permet également d'assurer les activités complémentaires suivantes :

- la rémunération des résidents en médecine ;
- les services préhospitaliers d'urgence ;
- le système du sang ;
- les régimes de retraite ;
- les vaccins et les antiviraux ;
- le service de la dette.

L'Office des personnes handicapées du Québec programme 03
57 083 266 $

Aux termes de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, l'OPHQ a pour mission de veiller au respect des principes et des règles énoncés dans la loi et de s'assurer, dans la mesure des pouvoirs qui lui sont conférés, que les ministères et leurs réseaux, les municipalités et les organismes publics et privés poursuivent leurs efforts afin d'améliorer les possibilités offertes aux personnes handicapées de s'intégrer et de participer ainsi pleinement à la vie en société.

L'OPHQ veille également à la coordination des actions relatives à l'élaboration et à la prestation des services qui concernent les personnes handicapées et leur famille. Il favorise et évalue, sur une base collective, l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. En plus de promouvoir les intérêts de ces dernières et de leur famille, l'OPHQ les informe, les conseille, les assiste et il fait aussi des représentations en leur faveur sur une base tant individuelle que collective.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement de l'OPHQ.

L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de l'OPHQ. Ce rapport peut être consulté sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.ophq.gouv.qc.ca].

La Régie de l'assurance maladie du Québec programme 04
5 346 325 244 $

Le programme relatif à la RAMQ vise à couvrir le coût des services assurés d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi que les frais afférents, notamment :

- les services médicaux ;
- les services dentaires ;
- les services optométriques ;
- les médicaments et les services pharmaceutiques ;
- les autres services, dont les aides techniques.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement de la RAMQ.

L'information détaillée est disponible dans le rapport annuel de l'organisme. Ce rapport peut être consulté sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.ramq.gouv.qc.ca].

Le tableau suivant présente les dépenses du Ministère en 2004-2005 et 2005-2006 pour chacun des programmes de même qu'une comparaison entre le budget et les dépenses 2005-2006.

Sommaire de l'écart budgétaire[1]

		(000 $)			
		2004-2005	2005-2006		
Programme	Description	Dépenses	Budget	Dépenses	Écart
01	Fonctions nationales	263 276,6	276 783,5	267 558,1	9 225,4
02	Fonctions régionales	14 559,180,0	15 174 853,7	15 185 286,8	(10 433,1)
03	OPHQ	53 318,0	49 449,3	57 083,3	(7 634,0)
04	RAMQ	5 235 919,1	5 360 913,5	5 346 325,2	14 588,3
	TOTAL	**20 111 693,7**	**20 862 000,0**	**20 856 253,4**	**5 746,6**

1. Le portefeuille sociosanitaire a aussi bénéficié d'une somme de 52 millions de dollars en provenance de la Société des loteries du Québec, versée dans deux comptes à fin déterminée. D'une part, un montant de 30 millions de dollars a été alloué afin de répondre plus adéquatement aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie qui demeurent à domicile ou qui vivent dans les CHSLD. D'autre part, une somme de 22 millions de dollars a été transférée au Ministère pour la prévention du jeu pathologique, le traitement des personnes qui ont développé une dépendance aux jeux de hasard et d'argent ainsi que pour les conséquences sur l'entourage de celles-ci.

Le budget de dépenses du Ministère pour l'exercice 2005-2006 se chiffrait à 20 862 millions de dollars. Les dépenses pour cet exercice se chiffrent à 20 856,3 millions de dollars. L'écart est analysé selon chaque programme :

- Pour les fonctions nationales, les dépenses sont inférieures au budget initial. Cette situation découle principalement de l'intégration au Régime général d'assurance médicaments, des garanties qui étaient offertes par le programme « Patients d'exception », et ce, à compter du 1er septembre 2005. Un resserrement de la gestion des budgets de fonctionnement du Ministère et des organismes-conseils explique également une partie de l'écart.

- Pour les fonctions régionales, l'écart s'explique principalement par les dépenses au chapitre du Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE), qui ont été supérieures aux prévisions initiales.
- Pour l'OPHQ, l'écart s'explique principalement par un transfert de crédits en cours d'année à partir du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale vers l'OPHQ pour le Programme de subventions aux entreprises adaptées.
- Pour la RAMQ, l'écart s'explique essentiellement par les dépenses des services pharmaceutiques, qui ont été inférieures à la prévision.

6.3. Les ressources informationnelles

Les ressources informationnelles du réseau de la santé et des services sociaux

Les ressources informationnelles ont fait l'objet de travaux ministériels importants au cours de l'année 2005-2006, notamment : l'adoption du projet de loi nº 83 modifiant certains aspects de la circulation de l'information dans le secteur de la santé et des services sociaux, la préparation d'un mémoire sur la gouvernance et le financement du plan d'informatisation ainsi que la préparation d'une douzaine d'ententes pour l'avancement des projets en collaboration avec Inforoute Santé du Canada. Ces travaux ont aussi contribué à faire de l'année écoulée une période marquante dans la définition de l'environnement informationnel à mettre en place.

En lien avec les priorités ministérielles dictées par la poursuite d'une meilleure intégration des services, avec l'orientation gouvernementale de développement de services en ligne pour le citoyen ainsi qu'avec l'objectif pancanadien de déploiement de solutions interopérables et réutilisables, le Ministère a poursuivi des projets touchant les domaines cliniques suivants :

- les systèmes de laboratoire, d'imagerie diagnostique et de médicament ;
- la constitution d'un dossier de santé électronique interopérable ;
- la conception d'une application répondant aux besoins des réseaux de services intégrés ;
- la définition d'un plan d'ensemble pour répondre aux besoins en santé publique ;
- la mise en place d'une gamme de services électroniques, désignée couche d'accès à l'information de santé ;
- la création d'un registre des intervenants et d'un registre des usagers favorisant l'intégration des applications informatiques dans un environnement informationnel répondant mieux aux besoins des intervenants.

D'autres projets structurants sont également en cours grâce au fonds d'investissement partagé constitué pour soutenir l'informatisation des réseaux locaux de services, dont celui visant à constituer un index « patient maître » pour l'ensemble de la clientèle des établissements publics.

Parmi les autres éléments importants qui ont marqué l'année 2005-2006 en matière de ressources informationnelles, il faut mentionner :

- l'intensification des efforts pour réaliser l'optimisation de l'exploitation des ressources et la normalisation des environnements informationnels ;
- l'évolution du réseau de télécommunications sociosanitaires (RTSS) maintenant associé au réseau de télécommunications multimédias du gouvernement du Québec pour le volet des services de visioconférence et de télésanté ;
- l'amélioration de l'offre de services de liens de télécommunication qui permet l'augmentation de la capacité à l'intérieur d'une même enveloppe budgétaire et la poursuite de l'intégration des centres de recherche situés en établissement à l'intérieur du RTSS ;
- la participation à des travaux menés à l'échelle canadienne en collaboration avec Inforoute Santé du Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé.

Les ressources informationnelles du Ministère

En ce qui a trait à l'infrastructure technologique ministérielle, l'année 2005-2006 a donné lieu principalement aux réalisations suivantes :

- le développement, l'amélioration et l'implantation de plusieurs systèmes d'information, dont ceux portant sur :
  - l'accès aux services médicaux spécialisés ;
  - la collecte d'informations financières et opérationnelles ;
  - le registre des autochtones ;
  - la reddition de comptes entre les paliers de gestion ;
  - le mécanisme de dépannage de médecins en région ;
  - le rapport financier et statistique des établissements ;
  - la gestion des emprunts ;
  - le registre des résidences privées pour personnes âgées ;
  - les interventions sur le tabac ;
  - le référentiel territorial ;
  - la pandémie d'influenza ;
  - le référentiel des organisations dispensatrices de services ;
  - la gestion des projets immobiliers ;
- l'installation d'équipements de protection du courrier électronique qui permettent l'élimination de plus de 60 % des polluriels indésirables en plus de doubler la protection contre les virus ;
- l'entretien et la maintenance du parc technologique (1 000 postes de travail, 100 serveurs et 250 imprimantes), incluant son renouvellement échelonné sur quatre ans, ainsi que de divers liens de télécommunications reliant les sites ministériels au RTSS et aux Services gouvernementaux.

Partie 7

L'application de certaines politiques gouvernementales

7.1. L'accès à l'égalité en emploi et le plan d'embauche

Les groupes cibles

Les groupes cibles visés par le programme d'accès à l'égalité comprennent les membres des communautés culturelles, les autochtones, les anglophones et les personnes handicapées. Ils représentent les diverses composantes de la société québécoise.

Au cours de l'année 2005-2006, le Ministère a procédé au recrutement de membres des communautés culturelles pour deux emplois occasionnels, quinze emploi d'étudiants, trois de stagiaires, mais aucun pour un emploi régulier. Cette situation s'explique par le fait que plus de 90 % des effectifs ministériels sont à Québec et que la disponibilité des membres des communautés culturelles pour un emploi régulier à Québec est de beaucoup inférieure à celle des personnes habitant la région de Montréal. Des efforts constants ont été déployés lors des appels de convocation aux entrevues préemplois pour attirer la clientèle des groupes cibles. Ces efforts devront se poursuivre et s'accentuer. Il est également à noter qu'un étudiant embauché était anglophone. Aucun autochtone et aucune personne handicapée ne figurent sur le plan d'embauche 2005-2006.

Le plan d'embauche établit à 25 % la proportion des personnes recrutées provenant des groupes cibles. Pour le recrutement au cours de l'année 2005-2006, au Ministère, la proportion des groupes cibles s'est établie à 16 % (21 recrutements sur 132). Des efforts additionnels seront requis pour atteindre l'objectif en 2006-2007.

Nombre de personnes recrutées au cours de l'année 2005-2006 et appartenant à des groupes cibles selon le statut

	Réguliers				Occasionnels				Étudiants				Stagiaires				Global
	CC	Angl.	Aut.	PH	CC	Angl.	Aut.	PH	CC	Angl.	Aut.	PH	CC	Angl.	Aut.	PH	
Nombre de personnes embauchées	-	-	-	-	2	-	-	-	15	1	-	-	3	-	-	-	21
Pourcentage	-	-	-	-	3 %	-	-	-	31 %	2 %	-	-	38 %	-	-	-	16 %
Pourcentage global			-			3 %				33 %				38 %			16 %

Note : CC : communautés culturelles ; Angl. : anglophones ; Aut. : autochtones ; PH : personnes handicapées.

La représentativité globale des membres des communautés culturelles, des autochtones, des anglophones et des personnes handicapées au sein de l'effectif régulier est de 3,9 %.

Représentativité des groupes cibles au regard de l'effectif régulier en place au 31 mars 2006

	Effectif régulier			
	CC	Angl.	Aut.	PH
Nombre de personnes provenant des groupes cibles	17	2	1	9
Pourcentage	2,3 %	0,3 %	0,1 %	1,2 %
Pourcentage global			3,9 %	

Note : CC : communautés culturelles ; Angl. : anglophones ; Aut. : autochtones ; PH : personnes handicapées.

Résultats comparatifs

Le taux d'embauche global des groupes cibles au cours des trois dernières années a fluctué selon les statuts. Comparativement à l'année dernière, il a chuté pour les emplois réguliers et occasionnels, tandis qu'il a augmenté pour les emplois étudiants et ceux de stagiaire.

Taux d'embauche global des groupes cibles au cours des trois dernières années

	Statut			
	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires
2003-2004	0 %	5 %	24 %	n.a.
2004-2005	9 %	8 %	31 %	33 %
2005-2006	0 %	3 %	33 %	38 %

Depuis les trois dernières années, les communautés culturelles ont accru leur représentativité, les anglophones l'ont décrue, et les autochtones et les personnes handicapées l'ont maintenue.

Représentativité des groupes cibles en place (tous les statuts) au cours des trois dernières années

	CC	Angl.	Aut.	PH
31 mars 2004	2,0 %	0,9 %	0,1 %	0,9 %
31 mars 2005	2,2 %	0,5 %	0,1 %	1,2 %
31 mars 2006	2,9 %	0,3 %	0,1 %	1,1 %

Note : CC : communautés culturelles ; Angl. : anglophones ; Aut. : autochtones ; PH : personnes handicapées.

La représentation féminine

Globalement, au terme de l'année 2005-2006, 70 % du personnel recruté était de sexe féminin. Quant à la représentativité au sein de l'effectif régulier, 62 % du personnel régulier au Ministère est de sexe féminin. L'année précédente, elle était de 61 %. Les tableaux suivants présentent des informations sur ce recrutement au cours de l'année et la représentativité des femmes dans l'ensemble de l'effectif régulier.

Nombre de personnes de sexe féminin recrutées en 2005-2006, selon le statut

	Statuts			
	Réguliers	**Occasionnels**	**Étudiants**	**Stagiaires**
Nombre de personnes de sexe féminin	11	43	34	5
Pourcentage	73 %	70 %	71 %	63 %
Pourcentage global	**70 %**			

Représentativité féminine selon la catégorie d'emploi au 31 mars 2006 (tous les statuts)

	Catégorie d'emploi		
	Haute direction et cadres	**Professionnels**	**Fonctionnaires**
Représentativité des femmes en nombre	29	245	294
Pourcentage	40 %	52 %	80 %
Pourcentage global	**62 %**		

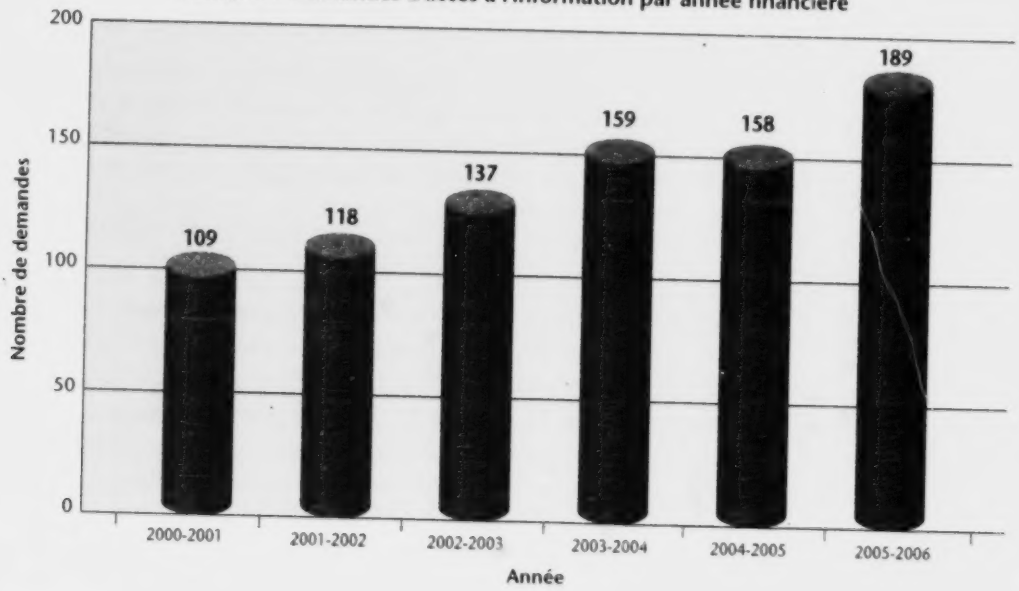
Représentativité féminine des deux dernières années, selon la catégorie d'emploi (tous les statuts)

Catégorie d'emploi	**31 mars 2005**	**31 mars 2006**
Haute direction et cadres	39 %	40 %
Professionnels	50 %	52 %
Fonctionnaires	80 %	80 %
Total	**61 %**	**62 %**

7.2. L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels

Au cours de l'année 2005-2006, le Ministère a reçu 189 demandes formulées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, ci-après appelée la loi ; 117 demandes visaient l'obtention de documents administratifs (62 %) et les 72 autres portaient sur l'accès à des renseignements personnels (38 %). Il s'agit d'une augmentation de 20 % du nombre de demandes par rapport à l'exercice précédent.

Nombre de demandes d'accès à l'information par année financière



Parmi ces demandes, 63 % ont fait l'objet d'un accès total ou partiel, 8 % d'un refus de communication et 29 % concernaient des documents qui ne sont pas détenus par le Ministère ou qui relèvent de la compétence d'un autre organisme. Le temps de réponse a été de vingt jours et moins dans 87 % des cas, et six recours en révision des décisions rendues ont été entrepris auprès de la Commission d'accès à l'information.

Le Ministère a également répondu aux demandes suivantes :

Type de demande	2004-2005	2005-2006
Renseignements généraux et avis sur la Loi sur l'accès	261	269
Registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès)	1 268	965
Accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés à des fins de recherche, d'étude ou de statistique	45	51

En lien avec le *Plan d'action gouvernemental pour la protection des renseignements personnels*, deux sessions de formation ont été organisées pour les employés de la Direction générale de la santé publique afin de parfaire leur connaissance de la loi. Il y a eu aussi une présentation des principes généraux de cette loi lors de la journée d'accueil des nouveaux employés.

Le Ministère a par ailleurs fait part de ses commentaires sur le projet de loi modifiant la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Enfin, les travaux sur la révision de l'inventaire des fichiers de renseignements personnels se sont amorcés. La première étape du projet consistait à revoir le formulaire ainsi que le guide explicatif et à procéder à l'inventaire de cinq fichiers de renseignements personnels de concert avec les pilotes responsables des fichiers.

Le dossier de la protection des renseignements personnels demeurera une priorité en 2006-2007 avec la poursuite du projet sur la révision de l'inventaire des fichiers de renseignements personnels. La formation et la sensibilisation du personnel feront aussi partie des priorités d'action.

7.3. La politique linguistique

La *Politique du ministère de la Santé et des Services sociaux relative à l'emploi et à la qualité de la langue française* a été adoptée par le Ministère en novembre 1999 à la suite de la diffusion de la *Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'administration*. En 2005-2006, les communications verbales ou écrites faites par le personnel du Ministère, dans l'exercice de ses fonctions, l'ont été dans le respect de la politique.

7.4. L'éthique et la déontologie

Aucun manquement à la réglementation en matière d'éthique et de déontologie n'a été signalé durant la période couverte par ce rapport.

Il faut toutefois noter que dix demandes de consultation ont été formulées à l'endroit du répondant ministériel en éthique au cours de l'année 2005-2006. La majorité de ces demandes portaient sur deux thèmes. Dans un premier temps, elles visaient l'application de l'article 6 du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique. Cet article régit la conduite du fonctionnaire lorsqu'il se voit offrir un « cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage ». Dans un second temps, les consultations concernaient l'esprit global d'application du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique et de la Déclaration de valeurs de l'administration publique québécoise.

Enfin, une contribution ministérielle relative à l'éthique en 2005-2006 est la présentation de l'infrastructure de l'éthique dans l'administration publique, à l'occasion d'une session d'accueil du nouveau personnel.

7.5. Le suivi des recommandations du rapport du Vérificateur général du Québec

Le suivi des actions entreprises par le Ministère pour répondre aux recommandations du Vérificateur général est coordonné par le vérificateur interne, de concert avec les secteurs d'activité visés. Les membres du Comité de vérification sont informés de l'évolution des travaux effectués pour répondre à ces recommandations.

Le Ministère témoigne des progrès accomplis au regard des mesures correctrices qu'il a annoncées dans les rapports du Vérificateur général qui ont été déposés depuis l'année 2001-2002.

Les services d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie, Tome 1, 2001-2002

Le *Plan d'action 2005-2010 sur les services offerts aux aînés en perte d'autonomie, Un défi de solidarité* a été rendu public en novembre 2005. Les mesures mises de l'avant ont été formulées dans le souci d'apporter une réponse adaptée aux attentes et aux besoins des aînés. En lien avec la *Politique de soutien à domicile, Chez soi : le premier choix* de 2003, le Plan d'action 2005-2010 favorise le soutien à domicile pour appuyer le maintien des personnes âgées en perte d'autonomie dans leur milieu de vie naturel. Il favorise aussi une diversification des formules de logement permettant aux personnes âgées de demeurer chez elles ou dans leur communauté si elles le souhaitent. L'hébergement institutionnel sera ainsi progressivement réservé aux personnes présentant des problèmes cliniques complexes.

Les agences avaient à présenter leur plan d'action régional de mise en œuvre. Ces plans d'action régionaux ont tous été déposés. L'analyse de ces plans a été complétée et les composantes suivantes en ont fait l'objet :

- les perspectives démographiques régionales pour tenir compte du vieillissement de la population ;
- l'organisation des services, dont notamment :
  - les réseaux intégrés de services ;
  - les services aux proches aidants ;
  - la diversification des formules d'hébergement, dans la perspective que l'institutionnalisation soit le dernier recours ;
  - l'accès aux services spécialisés ;
- les immobilisations :
  - le portrait du parc immobilier (aspects fonctionnel et technique) est finalisé. Il aidera à orienter les priorités immobilières au cours des prochaines années ;
  - le résultat de l'analyse des plans régionaux permettra d'établir des scénarios concernant l'ajout ou la transformation des places d'hébergement.

Un premier bilan des résultats obtenus sera dressé au cours de l'année 2006-2007 par le Ministère.

Aussi, en ce qui concerne les résidences privées pour les personnes âgées, l'adoption du projet de loi n° 83, en novembre 2005, a introduit un processus de certification obligatoire selon des critères sociosanitaires. Ces critères seront définis par règlement. Des orientations ministérielles sur les critères sociosanitaires, en collaboration avec les principaux partenaires du réseau public concernés, ont été élaborées au cours de l'année. Elles concernent principalement les éléments suivants : respect des droits et libertés, services auxiliaires, nutrition, entretien des lieux, socialisation, aide personnelle, soins et services professionnels ainsi que médication et sécurité physique. Le règlement sur les critères sociosanitaires sera adopté au cours de l'année 2006-2007.

Enfin, il importe d'ajouter que les visites d'appréciation de la qualité des services en CHSLD se sont poursuivies. Ainsi, d'octobre 2005 à mai 2006, 48 CHSLD ont fait l'objet d'une visite. Conformément au processus établi, chaque établissement doit présenter un plan d'action dont le suivi est assuré par l'agence.

La gestion de la durée moyenne des séjours hospitaliers et de la pertinence des hospitalisations, Tome II, 2001-2002

Au cours de la dernière année, le Ministère a entrepris une démarche de collaboration avec les orthopédistes québécois afin d'amener les agences et les établissements à revoir leurs façons de faire dans la prise en charge des patients lors d'un épisode de soins impliquant une arthroplastie de la hanche ou du genou. À ce jour, un relevé comparatif des durées moyennes d'hospitalisation dans tous les établissements offrant ce type de chirurgie a été effectué et il indique des variations importantes entre les établissements dans les modalités de prise en charge des patients, tant dans la phase d'hospitalisation que dans celle de posthospitalisation. Les chirurgiens orthopédistes ont déjà été sensibilisés à cette situation. En 2006-2007, le Ministère mettra sur pied un groupe de travail, en collaboration avec l'Association d'orthopédie du Québec, ayant pour mandat de définir des standards et des normes de pratique afin de favoriser une diminution de la durée moyenne des séjours hospitaliers et un retour précoce à domicile pour une grande majorité des cas, et ce, par le développement et le recours au suivi systématique de la clientèle basé sur les meilleures pratiques cliniques.

Par ailleurs, le Ministère a déposé un document ministériel en appui aux projets cliniques pour le suivi des maladies chroniques. Ce document vise à harmoniser la prise en charge des clientèles souffrant de maladie respiratoire obstructive chronique, d'asthme, d'insuffisance cardiaque, de diabète, d'insuffisance rénale et de maladies neurologiques.

Le Centre de coordination nationale sur les urgences (CCNU) a effectué un suivi rigoureux de 43 établissements présentant des écarts aux normes de la durée de séjour dans les urgences, obligeant ces établissements à réaliser un plan d'action visant le désencombrement. Ces actions visent directement une meilleure gestion de la durée moyenne du séjour des usagers hospitalisés, la pertinence des admissions, le recours à d'autres solutions que l'hospitalisation, un meilleur arrimage avec les services de première ligne et une meilleure prise

en charge des personnes âgées présentant une perte d'autonomie. De plus, en 2006-2007, la clientèle de santé mentale sera considérée en priorité par le CCNU.

La gouvernance des ressources informationnelles dans le secteur de la santé et des services sociaux, Tome II, 2001-2002

Les recommandations du Vérificateur général au sujet de la gouvernance des ressources informationnelles du réseau de services de santé et de services sociaux ont permis au Ministère d'amorcer un processus continu d'amélioration de la planification d'ensemble, de la coordination des activités et de la gestion des investissements, des risques et des changements soutenant l'utilisation des technologies de l'information au sein du Ministère et de son réseau d'établissements.

Dans une perspective de planification des besoins et en réponse aux attentes exprimées dans la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, la Direction des ressources informationnelles du Ministère a soutenu une démarche de révision du cadre législatif entourant la circulation de l'information qui a mené à l'adoption du projet de loi n° 83, le 30 novembre 2005. Ces modifications législatives ont permis d'adopter l'architecture d'ensemble qui concrétise la vision exprimée dans le plan d'informatisation. Un mémoire sur la mise en œuvre du plan à l'échelle du réseau de la santé et des services sociaux, adopté par le Conseil des ministres le 22 mars 2006, dresse les paramètres pour le financement et la gouvernance de ce projet. La stratégie de réalisation préconise une implication de tous les acteurs aux niveaux central, régional et local ; elle s'appuie sur la mise en place de services communs, l'acquisition de solutions informatiques interopérables, l'optimisation des infrastructures et la normalisation tant au niveau des données que des technologies. L'élaboration d'un plan stratégique des ressources informationnelles par les agences est actuellement en cours et constitue un volet important de cet effort de concertation.

Pour assurer une coordination efficace des activités de plusieurs instances, de multiples comités ont facilité les échanges sur les activités courantes et celles issues du plan d'informatisation. Ainsi, le conseil exécutif du plan a réuni des dirigeants du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère des Services gouvernementaux, de la RAMQ et des agences; le Comité aviseur des ressources informationnelles a regroupé les représentants d'associations d'établissements et d'associations professionnelles, alors que le Comité de coordination et de concertation des ressources informationnelles était le lieu d'échange privilégié des responsables de ressources informationnelles des agences. De nombreuses autres tables de travail centrées sur des thématiques plus spécifiques telles que la sécurité, l'architecture des systèmes ou l'opération des technocentres ont poursuivi leurs activités. Afin de soutenir les principaux projets en émergence, un bureau de coordination et un comité mixte MSSS – Inforoute santé du Canada ont été mis sur pied.

La gestion des investissements, des risques et du changement a entraîné également la mise en place de mesures telles que l'élaboration d'un manuel de gestion de projets arrimés au cadre de gestion du plan d'informatisation, la préparation mensuelle d'un rapport sur les projets évoquant les points en suspens, le maintien d'un inventaire des actifs et la certification des applications

déployées sur le Réseau de télécommunications sociosanitaires. De plus, en vue d'améliorer ses processus opérationnels et tactiques de la gestion des services des technologies d'information ministériels, le Ministère a mis en place certaines des recommandations de l'analyse de maturité ITIL (Information Technology Infrastructure Library) effectuée en 2004-2005.

Les services de santé mentale, Tome II, 2002-2003

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens* a été lancé en juin 2005. Il vise à développer une première ligne forte en santé mentale. Pour ce faire, il propose des mesures pour les enfants, les jeunes et les adultes ayant des troubles mentaux modérés et graves. De plus, des priorités ont été établies pour les personnes présentant un risque suicidaire élevé. Finalement, des liens ont été faits avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*, afin que tous les volets des services de santé mentale, allant de la prévention au traitement spécialisé, soient intégrés et cohérents.

Ce plan d'action propose également des cibles précises à atteindre d'ici 2010 dans les domaines des services de première ligne, de soutien dans la communauté et de réintégration dans la communauté.

En outre, le Ministère a bonifié son système de collecte de données en santé mentale, ce qui permettra, à partir de 2005, de tracer un portrait par CSSS des ressources consenties en santé mentale et de mesurer l'atteinte des cibles.

Afin de soutenir les CSSS dans la compréhension des enjeux qui sous-tendent le Plan d'action et ainsi favoriser la mise en place des services qui y sont ciblés, une tournée dans toutes les régions du Québec s'est déroulée de septembre à novembre 2005. À terme, cela devrait permettre de concrétiser la mise en réseau des services en santé mentale. Dans le cadre de cette tournée, des utilisateurs de services et des représentants des familles et des proches ont collaboré avec l'équipe du Ministère, afin que leurs attentes soient intégrées dans les plans locaux et régionaux de santé mentale.

Au total, quinze des dix-huit régions ont été visitées et plus de 800 personnes ont été rencontrées. De plus, les représentants du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James et leurs partenaires ont été vus par visioconférence.

Précisons que ces rencontres visaient à informer les agents multiplicateurs régionaux et locaux qui sont : des représentants des utilisateurs de services, des représentants des familles et des proches, des gestionnaires des CSSS, des chefs de département de psychiatrie, des médecins généralistes et des organismes communautaires.

Par ailleurs, afin de soutenir son plan d'action et promouvoir une pratique optimale dans les salles d'urgence (volet santé mentale), la Direction de la santé mentale a mandaté un de ses membres pour participer aux activités du CCNU et qui, à ce titre, effectue des visites avec cette équipe.

La gestion des répercussions sociales et économiques liées aux jeux de hasard et d'argent, Tome II, 2002-2003

En 2005-2006, en suivi des recommandations émises par le Vérificateur général, le Ministère a continué la mise en œuvre des actions prévues dans le *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*. Ainsi, entre autres, un montant supplémentaire non récurrent de 2,5 millions de dollars a été alloué afin de maintenir les services de traitement et de développer les activités de prévention. De plus, parmi les mesures réalisées, mentionnons :

- la production d'un avis ministériel concernant la relocalisation du casino de Montréal au Bassin Peel ;
- le déploiement d'un projet pilote ciblant sept villes vulnérables (Parent, Schefferville, Val-d'Or, Magog, Maniwaki, Radisson, Cap-aux-Meules) au regard d'un ratio élevé d'appareils de loteries vidéo ;
- le développement et la mise en application d'un projet pilote de *télécounselling* et d'aide en ligne ;
- le renforcement des campagnes de prévention et des services de traitement.

Concernant le développement de la recherche dans ce domaine, deux subventions ont été versées par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture pour la réalisation de travaux portant sur la criminalité associée aux jeux de hasard et d'argent. Les résultats d'un deuxième appel de propositions sur le même thème, préparé en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique, seront connus à l'automne 2006. Le Ministère s'est associé au Fonds de la recherche en santé du Québec pour le lancement d'un appel de propositions portant sur l'évaluation de la mise en œuvre du *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*. Dans le cadre du *Programme thématique portant sur les impacts socioéconomiques des jeux de hasard et d'argent*, deux projets et une bourse doctorale ont été financés en 2005-2006. Le Centre international d'étude sur le jeu et les comportements à risque chez les jeunes de l'Université McGill a obtenu un financement d'infrastructure pour la période 2005-2009. L'édition 2006-2007 du programme a été lancée en décembre 2005.

Par ailleurs, le Ministère a amorcé, en 2005, la réalisation du bilan du *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*. Ce bilan permettra notamment de tracer un portrait de l'implantation des mesures prévues dans ce plan et de dégager les enjeux liés à la prévention du jeu pathologique pour les prochaines années.

Finalement, des travaux sont en cours pour adopter un protocole d'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec. Ce protocole vise la création d'une équipe d'experts dont le mandat sera de soutenir le Ministère et son réseau sur les aspects de santé publique en matière de jeu pathologique et de toxicomanie.

La gestion des services sociaux aux jeunes, Tome I, 2003-2004

Le Ministère poursuit ses efforts afin de répondre aux recommandations du Vérificateur général relativement à la gestion des services sociaux aux jeunes. Aussi, au cours de l'exercice 2005-2006, des investissements de 15 millions de dollars ont été alloués pour :

- rendre les services en santé mentale plus accessibles aux jeunes qui reçoivent des services spécialisés ;
- intensifier les services offerts aux jeunes en difficulté, à leur famille et aux jeunes parents ;
- rendre disponibles, dans tous les territoires locaux, des services de supervision des droits d'accès découlant des ordonnances de la cour.

Au cours de l'exercice 2005-2006, l'Offre de service – Jeunes en difficulté a été soumise pour consultation aux agences, à l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux et à l'Association des centres jeunesse du Québec. Cette offre de service, qui définit tous les services devant être dispensés par chacun des CSSS et des CPEJ, les objectifs poursuivis et la clientèle visée, contient des normes d'accessibilité, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience qui viennent orienter la pratique et qui répondent à plusieurs des recommandations du Vérificateur général. À titre d'exemple, des normes précisent l'utilisation d'outils d'évaluation standardisés et de programmes d'intervention reconnus efficaces ou prometteurs, l'élaboration de plans d'intervention dans tous les dossiers et de plans de services individualisés dans les dossiers qui le requièrent, ainsi que la mise en place de mécanismes de référence personnalisés. Le Ministère prévoit adopter officiellement cette offre de service au cours de l'année 2006-2007.

Le 20 octobre 2005, le gouvernement a déposé le projet de loi n° 125, Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives. Certaines des modifications proposées dans le cadre de cette révision répondront aux recommandations énoncées par le Vérificateur général, dont celle de mettre en place un mécanisme de référence permettant aux CPEJ d'informer les CSSS des besoins de certains jeunes lorsqu'un signalement a été jugé fondé, mais que la sécurité ou le développement de l'enfant n'a pas été considéré comme compromis. De plus, des modifications seront apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse afin d'assurer un milieu de vie stable aux enfants placés, comme le demandait le Vérificateur général. Aussi, compte tenu des dispositions, tous les CPEJ seront tenus d'élaborer des projets de vie permanents à l'intention des enfants placés, à l'échéance des délais maximaux de placement, et ce, pour tous les groupes d'âge.

Enfin, le Ministère poursuit ses travaux afin d'améliorer la qualité de ses indicateurs et la fiabilité des données cumulées dans les systèmes d'information PIJ et I-CLSC.

Les laboratoires de biologie médicale, Tome I, 2003-2004

En 2005-2006, le Ministère a poursuivi ses activités afin de seconder les agences dans l'élaboration de leur plan de redéploiement de leurs activités de laboratoire. Plusieurs rencontres ont eu lieu dans les régions (Outaouais, Sagamie, Côte-Nord, Montréal, Québec, Laval) afin d'amorcer les changements. Des relances périodiques ont également été effectuées au Comité de gestion du réseau, et deux régions ont répondu formellement à notre demande. La grande région de Montréal a entrepris une démarche visant à préciser la complémentarité entre ses établissements.

En matière de reddition de comptes, le Comité de direction du Ministère a choisi d'effectuer le suivi des attentes propres au programme de biologie médicale par le biais du Comité de gestion du réseau.

Enfin, en ce qui concerne le contrôle de le qualité, le Ministère a émis deux circulaires, soit la circulaire n° 2004-07-07 portant sur l'*Agrément obligatoire du laboratoire de la banque de sang, du programme de dons autologues et du programme de donneurs ambulants par un organisme reconnu (normes CAN/CSA-15189 et CSA-Z-902*, auxquelles s'ajoutent les recommandations du Comité consultatif national de médecine transfusionnelle) et la circulaire n° 2005-03-21 portant sur la *Conformité des laboratoires de biologie médicale à la norme CAN/CSA-15189*. Le 20 mai 2005, un colloque a été organisé pour favoriser le transfert de connaissances en matière d'amélioration de la qualité et de processus d'agrément. De plus, une démarche est en cours pour effectuer une révision de la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres (L.R.Q., c. L-0.2), afin de préparer une loi spécifique aux laboratoires médicaux intégrant les exigences en matière d'imagerie et de biologie médicales.

Les services de base, volets médical et réadaptation, Tome I, 2003-2004

À la suite des orientations de son *Plan stratégique 2001-2004*, le Ministère a mené, au cours de l'année 2003, des travaux permettant de circonscrire l'offre des services généraux par tous les CSSS. En septembre 2004, le Ministère publiait ainsi le document *Les services généraux offerts par les Centres de santé et de services sociaux*, qui visait à circonscrire l'offre des services généraux incluant les services de base en réadaptation.

Par la suite, l'adoption des projets de loi n^os^ 25 et 83 a donné le mandat de l'organisation des services à l'instance locale en fonction de sa responsabilité populationnelle et des besoins identifiés lors de l'élaboration des projets cliniques par les CSSS. L'offre de service doit viser celle décrite dans le document *Les services généraux offerts par les Centres de santé et de services sociaux*, dans lequel les services de physiothérapie sont présentés comme des services de base en réadaptation. La création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ainsi que la définition de l'offre de service basée sur les besoins de la population permettront éventuellement d'améliorer les services en réadaptation dans certaines régions.

Par ailleurs, des services de réadaptation destinés aux clientèles spécifiques nécessitant des soins plus complexes sont offerts dans les programmes-services Déficience physique et Perte d'autonomie liée au vieillissement.

De plus, étant donné la rareté de la main-d'œuvre en réadaptation et celle des ressources financières, l'obligation d'établir des priorités s'est imposée. C'est ainsi que le Ministère a octroyé en 2003 un financement visant la réduction des listes d'attente en chirurgie orthopédique. Ce financement a permis de couvrir les services de base en réadaptation en phase posthospitalisation pour la clientèle postopérée en orthopédie. Cette initiative est une mesure concrète du Ministère ayant contribué à accroître les services de base en réadaptation.

Le Régime général d'assurance médicaments, Tome II, 2003-2004

Tel que souhaité par le Vérificateur général, le Ministère a rendu public un projet de politique du médicament qui comporte quatre axes : l'accessibilité des médicaments, l'établissement d'un prix juste et raisonnable, l'usage optimal des médicaments, et le maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique au Québec. Il a été déposé à l'Assemblée nationale le 16 décembre 2004. Une consultation publique sur ce projet de politique a eu lieu entre avril et septembre 2005. Les travaux concernant ce projet se poursuivent. Le projet de loi n° 130, Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives, a été adopté le 8 décembre 2005 ; il permet la mise en œuvre de certaines dispositions du projet de politique.

Plusieurs recommandations du Vérificateur général trouvent une réponse dans ce projet de politique, soient celles relatives à la gestion de la Liste de médicaments, au contrôle de l'évolution des coûts du Régime public d'assurance médicaments et à l'usage optimal des médicaments. Quant aux observations faites par le Vérificateur général au sujet de l'accroissement rapide du coût lié à l'utilisation du pilulier, elles sont considérées lors des négociations avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Un règlement en cette matière devrait être effectif à court terme.

Par ailleurs, l'adoption, le 30 novembre 2005, du projet de loi n° 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives permet, entre autres, la mise en place de mécanismes facilitant la circulation de l'information clinique, notamment en matière de médicaments (telle l'indication thérapeutique) entre les professionnels de la santé habilités. Un exemple de ces mécanismes est l'implantation par la RAMQ d'un fichier aux fins de la transmission des ordonnances électroniques. De plus, l'adoption du projet de loi n° 130 rend possible la circulation de renseignements non nominatifs de la RAMQ vers le Conseil du médicament. Enfin, le Ministère a mis en œuvre, depuis l'automne 2004, une campagne d'information sur le bon usage du médicament ; cette campagne s'étendra sur trois ans.

Dans un autre ordre d'idées, il faut souligner que le *Plan stratégique 2005-2010* du Ministère comporte des objectifs relatifs aux médicaments ; ceux-ci portent sur l'adoption et la mise en œuvre de la politique du médicament ainsi que sur le suivi du Régime général d'assurance médicaments relatif au maintien d'un accès économique raisonnable aux médicaments requis par la santé des personnes. L'atteinte de ces différents objectifs sera mesurée à l'aide d'indicateurs particuliers ; des travaux ont débuté en ce sens à l'automne 2005.

Vérification interne au gouvernement du Québec, Tome I, 2004-2005

En 2005-2006, des actions ont été entreprises par le Ministère pour faire suite aux recommandations du Vérificateur général et elles sont reprises dans le rapport annuel de la Direction de la vérification interne (DVI) déposé au Comité de vérification.

Divers éléments ont été introduits dans le processus d'élaboration de la planification annuelle des activités de la DVI, dont notamment les principaux facteurs de risque et l'identification des expertises externes requises. Le plan a été approuvé par le Comité de vérification et le suivi des travaux est déposé régulièrement auprès des membres. Un rapport annuel rappelant les principaux travaux, les constatations et les recommandations a été produit et a reçu l'approbation du comité.

Pour étendre son champ d'expertise aux activités du réseau, la DVI a préparé un mandat qui consiste à agir à titre-conseil afin de créer un référentiel d'autoévaluation pour mesurer l'adéquation aux pratiques de saine gestion dans les agences. Le mandat a été présenté aux membres du Comité de gestion du réseau et a été intégré à la planification annuelle 2006-2007 de la DVI. De plus, dans le cadre de la validation du rapport annuel de gestion, le Comité de vérification a reconnu la nécessité de rappeler aux agences l'importance de la fiabilité de l'information en exigeant de connaître les travaux qui sont effectués pour supporter leur déclaration de fiabilité. Ces renseignements permettront de baliser davantage les travaux requis pour l'attestation du rapport annuel de gestion des agences.

Le Directeur de la vérification interne a également déposé au Comité de vérification une proposition visant le déploiement accru de la fonction d'examen et de surveillance de la gestion. L'objectif est d'élargir le mandat de ce comité à d'autres fonctions d'évaluation et de contrôle déjà existantes au Ministère. Aussi, dans le but de renforcer l'indépendance de ce comité, le 2 mai 2005, le sous-ministre nommait le président-directeur général d'une agence, membre du comité.

Services d'imagerie médicale, Tome I, 2004-2005

Le plan de déploiement de la tomographie par émission de positrons a été déposé au Comité de direction du Ministère le 25 mars 2005. Les phases I et II ont été annoncées. Ainsi, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, le Centre universitaire de santé McGill, le Centre hospitalier universitaire de Québec et l'Hôpital général juif utilisent actuellement cette technologie pour effectuer des examens médicaux. Enfin, le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont sont en processus d'acquisition de l'appareil. La phase III est actuellement à l'étude pour déploiement sous peu.

En ce qui concerne les examens de résonance magnétique et d'échographie effectués dans les cliniques privées, l'objectif poursuivi est d'accroître l'accès à ces services à même le financement public, comme cela est précisé dans le document de consultation intitulé *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité* présentement à l'étude à la Commission des affaires sociales. Par ailleurs, le Ministère a procédé à l'ajout de nouveaux appareils de résonance magnétique dans le réseau public et a recommandé un accroissement des plages

horaires. Il y a actuellement 38 appareils de résonance magnétique en production (soit 7 de plus), et 14 nouveaux appareils ont été annoncés et sont en phase d'acquisition ou d'installation. Une augmentation de 13 % des examens de résonance magnétique a eu lieu entre les années 2003-2004 et 2004-2005. Enfin, des achats de services pour des examens de résonance magnétique dans les cliniques privées ont été autorisés.

De plus, afin d'améliorer l'accès aux services et les délais d'interprétation, le Ministère, en collaboration avec les agences et les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), a présenté un plan de déploiement du Système d'archivage et de transmission des images à Inforoute Santé du Canada. Ainsi, les RUIS de Sherbrooke et de Laval ont été autorisés à passer à la phase d'acquisition, tandis que les RUIS de McGill et de Montréal pourront aller en appel d'offres dès juillet 2006. Ces travaux s'inscrivent dans le plan provincial d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux.

Enfin, en ce qui concerne l'amélioration de la qualité, une démarche est en cours pour effectuer une révision de la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres, afin de préparer une loi spécifique aux laboratoires médicaux intégrant les exigences en matière d'imagerie et de biologie médicales.

Certification des indicateurs de santé 2004, Tome I, 2004-2005

Avec l'*Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* ratifié en 2003, les gouvernements s'engageaient à poursuivre le travail portant sur la définition d'indicateurs comparables, mutuellement convenus entre les provinces, ainsi qu'à produire et à faire connaître leurs rapports à la population pour l'année 2004. Ce mandat s'inscrivait en continuité avec l'engagement pris entre les premiers ministres en septembre 2000. Le Ministère participe à la réalisation de ce mandat en poursuivant les travaux techniques nécessaires à la définition d'indicateurs dont les données doivent être à la fois de qualité et comparables avec celles des autres provinces.

À la lumière de ces travaux, le Ministère a pris acte des recommandations émises par le Vérificateur général dans son rapport sur les indicateurs comparables de santé. Ainsi, il convient de l'importance de s'assurer que les rapports se fondent sur des données fiables et exhaustives, adéquatement présentées à la population du Québec. Toutefois, dans un travail de comparaison pancanadienne, des efforts techniques continus, considérables et à long terme sont exigés, puisqu'il faut tenir compte des conditions particulières à ce contexte, soit le développement de nouveaux outils, la mise à niveau de banques de données, les ajouts aux questionnaires utilisés pour les enquêtes ainsi que la conciliation des caractéristiques et des exigences des différents interlocuteurs (provinces et territoires canadiens et organisations fédérales, plus particulièrement Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et Santé Canada).

Ainsi, depuis le 1er avril 2006, les diagnostics et les traitements du système Med-Écho sont codés avec les mêmes classifications que celles utilisées dans les autres provinces canadiennes. Pendant l'année qui a précédé l'implantation de ces classifications, le Ministère a procédé à différents travaux de validation afin de s'assurer de la qualité de la version française des classifications médicales.

Cette validation était nécessaire, car le Québec est le premier et le seul à utiliser cette version.

De mars à juin 2006, près de 700 archivistes médicales ont bénéficié d'une formation afin d'être en mesure d'utiliser les nouvelles classifications médicales. Cette formation était d'une durée de six jours, effectuée de façon autodidacte (quatre jours) et donnée par des formateurs (deux jours).

En parallèle, la refonte du système Med-Écho central a été réalisée. Ce nouveau système a permis d'intégrer les nouvelles classifications médicales et d'ajouter certaines variables qui permettront de meilleures comparaisons avec les données des autres provinces.

Ces efforts permettront éventuellement d'effectuer, d'une part, des analyses comparatives et, d'autre part, un suivi plus serré de la production des chirurgies en cours d'année dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité entre le Ministère et les agences. La formation, les nouvelles directives de codage et les analyses ponctuelles de la qualité sont essentielles, mais non suffisantes. Comme il a été démontré dans d'autres secteurs, c'est l'utilisation des données, particulièrement dans un contexte de financement ou de reddition de comptes, qui augmente leur fiabilité.

Continuum de services, Tome II, 2004-2005

Dans l'optique de mettre en lumière de saines pratiques de gestion utilisées dans le réseau de la santé et des services sociaux, une vérification de l'optimisation des ressources portant sur le continuum de services en traumatologie a été réalisée au cours de la dernière année par le Vérificateur général du Québec.

Les constats dégagés par l'équipe mettent en lumière les résultats qu'il est possible d'atteindre en termes d'accessibilité, de continuité et de qualité de services par la mise en commun des forces de toutes les parties interpellées.

La vérification effectuée a permis de conclure que l'organisation de services spécifiquement visée remplit la plupart de ces conditions essentielles de succès et, pour les deux autres auxquelles le continuum n'a pas répondu pleinement, que la recherche de solution était déjà amorcée. Ces deux conditions ont trait à l'intégration plus étroite des diverses mesures d'évaluation de la performance ainsi qu'à la disponibilité des informations nécessaires aux fins d'évaluation.

Une recommandation d'amélioration a été formulée au Ministère, soit de doter le continuum de services pour les personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave d'objectifs mesurables, de déterminer des cibles en lien avec ces objectifs et d'en faire le suivi régulièrement. Des démarches ont déjà été amorcées dans le but d'élaborer un outil d'évaluation de la performance qui englobera des objectifs, des cibles et des indicateurs pour toutes les étapes et pour l'ensemble des acteurs des continuums en traumatologie.

Finalement, de l'avis du Vérificateur général, ce continuum peut inspirer d'autres secteurs dont la clientèle aurait avantage à bénéficier d'une telle organisation de services.

Services préhospitaliers d'urgence au Québec, Tome II, 2004-2005

Le plan d'action ministériel comprend des mesures qui touchent les services de premiers répondants, la main-d'œuvre, les entreprises ambulancières et les systèmes d'information de gestion.

Le Ministère, en collaboration avec l'ensemble des agences, a confectionné un registre afin d'obtenir un portrait de l'implantation des services de premiers répondants sur l'ensemble du territoire et pour établir des prévisions quant à la mise sur pied de futurs services. Pour la région de Montréal, le Ministère est prêt à soutenir, en collaboration avec l'administration de la Ville de Montréal, l'implantation d'un service de premiers répondants sur son territoire. Le projet d'entente négocié avec la Ville, dont la dernière version a été finalisée en février 2006, permettra une hausse de la couverture populationnelle québécoise à 37 %. Ce projet introduit également un principe de financement modulé en fonction de la performance, laquelle est définie en pourcentage d'atteinte de cibles définies en temps réponse. Il s'agit ici d'une première pour les ententes contractuelles impliquant le Ministère et ses partenaires des services préhospitaliers.

Le plan d'action propose également la mise en vigueur du Registre national de la main-d'œuvre. L'adoption du règlement sur le Registre national de la main-d'œuvre permettra au Ministère de disposer d'un outil permettant d'exercer un suivi sur le statut d'emploi des techniciens-ambulanciers, sur le maintien de leur compétence et sur leur niveau de formation. Les travaux préliminaires nécessaires à l'instauration du registre se poursuivent.

Le Ministère soutient les agences afin d'assurer l'application des mesures de reddition de comptes prévues à l'entente contractuelle avec les entreprises ambulancières. Ces mesures prévoient, entre autres, la production d'un rapport annuel d'activités, l'établissement d'objectifs opérationnels de services, la réalisation d'activités de monitorage et l'établissement de seuils permettant de juger les performances de l'entreprise.

Enfin, l'une des mesures du plan d'action concerne le développement d'un système d'information de gestion et la cueillette de l'information nécessaire à l'évaluation globale des services préhospitaliers d'urgence. Le projet est en attente d'être reconduit parmi les priorités définies dans le *Plan triennal d'investissement* du Ministère. La suite des travaux tiendra compte des quelques centres de communication santé (CCS) qui doivent encore être mis en place (voir ci-dessous). L'entente de gestion avec la Corporation d'Urgences-santé, dont l'application est prévue pour septembre 2006, va inclure des engagements touchant l'atteinte de cibles de performance définies. Cette entente va également permettre au Ministère de définir les données requises et de régulariser leur transmission selon des modalités établies, et ce, en attendant que le système d'information de gestion soit complètement opérationnel.

D'autres mesures s'ajoutent à celles adoptées dans le plan d'action. Elles concernent les CCS et la formation en réanimation cardio-respiratoire (RCR).

Une première évaluation des CCS a débuté en janvier 2006. Par sa participation à la Table nationale sur l'encadrement du service 9-1-1 et par ses échanges avec le ministère de la Sécurité publique, le Ministère s'est assuré que les normes préconisées pour les centres d'urgence 9-1-1 répondent aux exigences attendues par les CCS. Le Ministère, de concert avec les agences, a mis au point

des grilles standardisées de priorité des appels et d'affectation des véhicules ambulanciers, tant pour les appels provenant de la population que pour ceux provenant des établissements. Le CCS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, en activité depuis 2002, est devenu un organisme sans but lucratif en vertu de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence. Celui de l'Estrie, qui avait déjà ses lettres patentes, a commencé ses opérations comme CCS, s'est doté d'un conseil d'administration conforme à la loi et s'est nommé un directeur général. Les travaux visant l'implantation du système de traitement d'appel médicalisé MPDS (Clawson) ont débuté en Outaouais. Enfin, le ministre de la Santé et des Services sociaux a autorisé la création d'un CCS en Abitibi-Témiscamingue.

La Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence a ciblé la population étudiante au niveau secondaire pour une formation en RCR. À cette fin, une collaboration a été établie avec la Fondation ACT (soins avancés en urgence coronarienne du Canada) pour offrir des cours de RCR aux élèves. En date du 28 février 2006, la formation a été offerte à 4 800 élèves dans sept écoles secondaires. Le Ministère a également mis sur pied une Table de concertation ayant comme objectif l'harmonisation de la formation RCR auprès de la population. Cette Table comprend des représentants des organismes suivants : la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Croix-Rouge, l'Ambulance St-Jean, les Sauveteurs nautiques, les Patrouilleurs de ski, la Commission de la santé et de la sécurité au travail et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

Le Ministère entend continuer le déploiement de l'ensemble des éléments de la chaîne d'intervention, avec comme objectif premier la qualité clinique des services et une réponse systémique appropriée en fonction des besoins de la population et sur la base des données probantes de la littérature scientifique contemporaine. Notamment, un plan de qualité clinique et d'encadrement médical des techniciens-ambulanciers sera adopté et appliqué par l'ensemble des agences. En ce qui concerne la chronométrie touchant la réponse systémique préhospitalière, le Ministère se penchera sur l'élaboration de critères de référence couvrant les différentes réalités présentes dans l'ensemble des régions du Québec. Pour ce faire, et dans le respect des ressources qui lui sont disponibles, le Ministère procédera à la mise en œuvre des actions concrètes lui permettant d'atteindre ses objectifs.

7.6. L'éthique de la recherche dans le réseau

Le Ministère a poursuivi la mise en œuvre du *Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique*. L'Unité de l'éthique du Ministère assume, notamment, le suivi des conditions de désignation des comités d'éthique de la recherche désignés par le ministre en vertu de l'article 21 du Code civil du Québec. En 2005-2006, on comptait 42 comités d'éthique de la recherche désignés. De ce nombre, la désignation de quatorze comités a été reconduite et un nouveau comité a été désigné. Le Ministère s'assure que les établissements et les comités d'éthique de la recherche désignés agissent en conformité avec le plan d'action.

Un site Internet dédié à l'éthique de la recherche a été lancé en mai 2005. Ce site contient notamment un répertoire des comités d'éthique du réseau, l'accès aux publications et aux ressources en éthique, un programme de formation en ligne ainsi qu'un babillard permettant l'échange d'informations entre les acteurs du milieu de la recherche. Le formulaire de rapport annuel des comités d'éthique désignés est maintenant disponible par l'intermédiaire du site Internet. Plus de 1 000 visiteurs différents convergent vers le site Internet chaque mois, dont de nombreux internautes provenant d'autres pays. Il constitue une importante vitrine pour les activités du Ministère en matière d'éthique.

De plus, le Ministère a lancé en mai 2005 son programme de formation en ligne. Ce didacticiel a été conçu à l'intention des membres et du personnel de soutien des comités d'éthique de la recherche. Il est accessible à tous et l'inscription est gratuite.

En novembre 2005, le Ministère a entrepris une vaste enquête auprès des principaux acteurs visés par le plan d'action en vue d'évaluer l'implantation des mesures qui y sont identifiées. L'évaluation permettra de déterminer les priorités d'action en matière d'éthique de la recherche pour les prochaines années, en tenant compte notamment de l'évolution des différents secteurs de la recherche. La compilation des données recueillies étant terminée, la prochaine étape de l'évaluation consistera à revoir et à mettre à jour le plan d'action.

Enfin, le Ministère en collaboration avec le Fonds de la recherche en santé du Québec dirige les travaux du Groupe-conseil sur l'encadrement des banques de données et de matériel biologique à des fins de recherche. Les travaux de ce comité conduiront à l'adoption de lignes directrices à l'intention des chercheurs et des comités d'éthique de la recherche. Le Ministère a également poursuivi son étude des mécanismes d'évaluation et de suivi des projets de recherche multicentriques et il a amorcé une réflexion sur la définition du concept de soins innovateurs.

7.7. Le bilan des activités 2005-2006 de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé

Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) ont été officiellement créés en décembre 2005, et leur mandat a été inscrit dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Cependant, les RUIS se sont officieusement formés à l'automne 2003. Le mandat des RUIS consiste à formuler des propositions au ministre ou à toute agence concernée sur notamment, le déploiement de programmes de formation, sur les plans de la main-d'œuvre et de l'effectif médical, sur le mode d'organisation des services spécialisés et surspécialisés, sur les corridors de services à établir avec les autres composantes du réseau ainsi que sur le développement des technologies et de la recherche.

Les RUIS sont composés à la base d'un centre hospitalier universitaire (CHU), de centres hospitaliers affiliés universitaires (CHAU), d'instituts universitaires (IU) de même que de l'université à laquelle ces établissements sont affiliés. D'autres établissements de santé peuvent y être ajoutés à la discrétion de chacun des RUIS. De même, les RUIS ont chacun un territoire de desserte et une zone d'influence. Chaque RUIS a tenu des réunions aux quatre à six semaines.

Afin de faciliter la mise en place des conditions favorables à la mission universitaire de ces établissements, le Ministère a mis sur pied une Table statutaire de coordination et de concertation de la mission universitaire en santé. Cette Table de coordination nationale des RUIS (TCN) a comme responsabilités principales :

- d'assurer la place stratégique de la médecine académique auprès de tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- de coordonner l'action des RUIS pour assurer l'accès à la médecine académique dans toutes les régions du Québec.

La Table de coordination nationale des RUIS s'est réunie à cinq reprises durant l'année 2005-2006.

En mai 2004, la DGSSMU a déposé à la TCN une carte du Québec sur laquelle sont indiqués les territoires assignés à chacun des RUIS. Cette carte fut adoptée à l'unanimité. Chaque RUIS devait concentrer ses activités et exercer ses responsabilités dans les territoires assignés. C'est ce qui s'est produit pour les

services cliniques et pour la formation. Plusieurs projets ont été élaborés et mis en œuvre dans cette perspective :

- pour le RUIS de l'Université McGill : organisation des services en oncologie à Rouyn-Noranda et implantation, en 2006, d'une Unité de médecine familiale (UMF) à Val-d'Or ;
- pour le RUIS de l'Université de Montréal : ouverture, en juillet 2005, d'une UMF et d'un campus satellite de la Faculté de médecine à Trois-Rivières ;
- pour le RUIS de l'Université Laval : conclusion d'une entente de service en radiologie entre les hôpitaux universitaires de Québec, les Îles-de-la-Madeleine et Rimouski ; ouverture, en juillet 2005, d'une UMF à Baie-Comeau ;
- pour le RUIS de l'Université de Sherbrooke : ouverture, en septembre 2006, d'un campus satellite de la Faculté de médecine à Saguenay et élaboration d'un projet d'implantation d'une UMF à Alma.

De même, les RUIS ont déposé à la TCN l'inventaire des services tertiaires et quaternaires que chacun d'entre eux était en mesure d'offrir, en indiquant la contribution (majeure ou mineure) de chacun de ses établissements. Ces « portefeuilles » de services seront à la base de l'offre de services que chaque RUIS devra déposer aux agences des territoires qui le concernent dans le but de conclure, par l'intermédiaire de celles-ci, des ententes de services bidirectionnelles entre ses établissements, les CSSS et les centres hospitaliers régionaux des divers territoires. Ce processus en est à ses débuts étant donné la création récente des CSSS. Ces derniers en sont aussi à développer leurs projets cliniques respectifs et à faire l'inventaire de leurs besoins.

En 2005, la TCN a mis sur pied les tables sectorielles suivantes :

- **la table sectorielle en télé-santé**, qui a pour mandat d'établir le plan directeur en télé-santé et de coordonner les activités. Cette table a proposé et mis en œuvre un plan directeur en télé-santé;
- **la table mère-enfant**, qui a commencé ses travaux en janvier 2005 et prépare un plan d'organisation des services tertiaires et quaternaires en pédiatrie pour le Québec. Les travaux de cette table reprendront dès l'automne 2006;
- **la table en oncologie**, qui a pour mandat principal de proposer une organisation des services en oncologie qui soit hiérarchisée et complémentaire à l'intérieur de chaque RUIS ainsi qu'entre les RUIS ;
- **la table en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé**, qui a pour mandat de développer et de coordonner les activités en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé dans les CHUS et leurs RUIS respectifs ;
- **une table PREM/RUIS/AGENCES** dans chaque RUIS, dont le mandat est de faire l'inventaire des besoins en effectifs médicaux dans la région universitaire et les régions non universitaires de chaque RUIS, d'établir les priorités de recrutement ainsi que de contribuer à la confection des PREM pour 2006 et les années suivantes. Les travaux ont été complétés avec succès et ont ainsi contribué à la confection des PREM 2006.

D'autres tables sectorielles seront créées en 2006. Il s'agit des tables sectorielles en cardiologie tertiaire et en génétique.

Enfin, le système des RUIS a contribué à la responsabilisation des hôpitaux universitaires et des facultés de médecine envers la population qui requiert leurs services. Le système des RUIS prendra environ trois à cinq ans pour atteindre sa maturité, mais des résultats positifs issus de ses travaux sont déjà remarqués.

Annexe I Liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux

Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. A-8.1)

Loi sur l'assurance-hospitalisation (L.R.Q., c. A-28)

Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29)

Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01)

Loi sur les autochtones cris, inuits et naskapis (L.R.Q., c. A-33.1)

Loi sur les cimetières non catholiques (L.R.Q., c. C-17)

Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (L.R.Q., C-32.1.1)

Loi sur le Conseil de la santé et du bien-être (L.R.Q., c. C-56.3)

Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59.0001)

Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec (L.R.Q., c. C-68.1)

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (L.R.Q., c. E-12.0001)

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées (L.R.Q., c. E-20.1)

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance (L.R.Q., c. H-1.1)

Loi sur les inhumations et les exhumations (L.R.Q., c. I-11)

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (L.R.Q., c. I-13.1.1)

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres (L.R.Q., c. L-0.2)

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (L.R.Q., c. M-1.1)

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (L.R.Q., c. M-19.2)

Loi assurant la mise en oeuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (L.R.Q., c. M-35.1.3)

Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. P-31.1)

Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c. P-34.1)

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001)

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5)

Loi sur les sages-femmes (L.R.Q., c. S-0.1)

Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5)

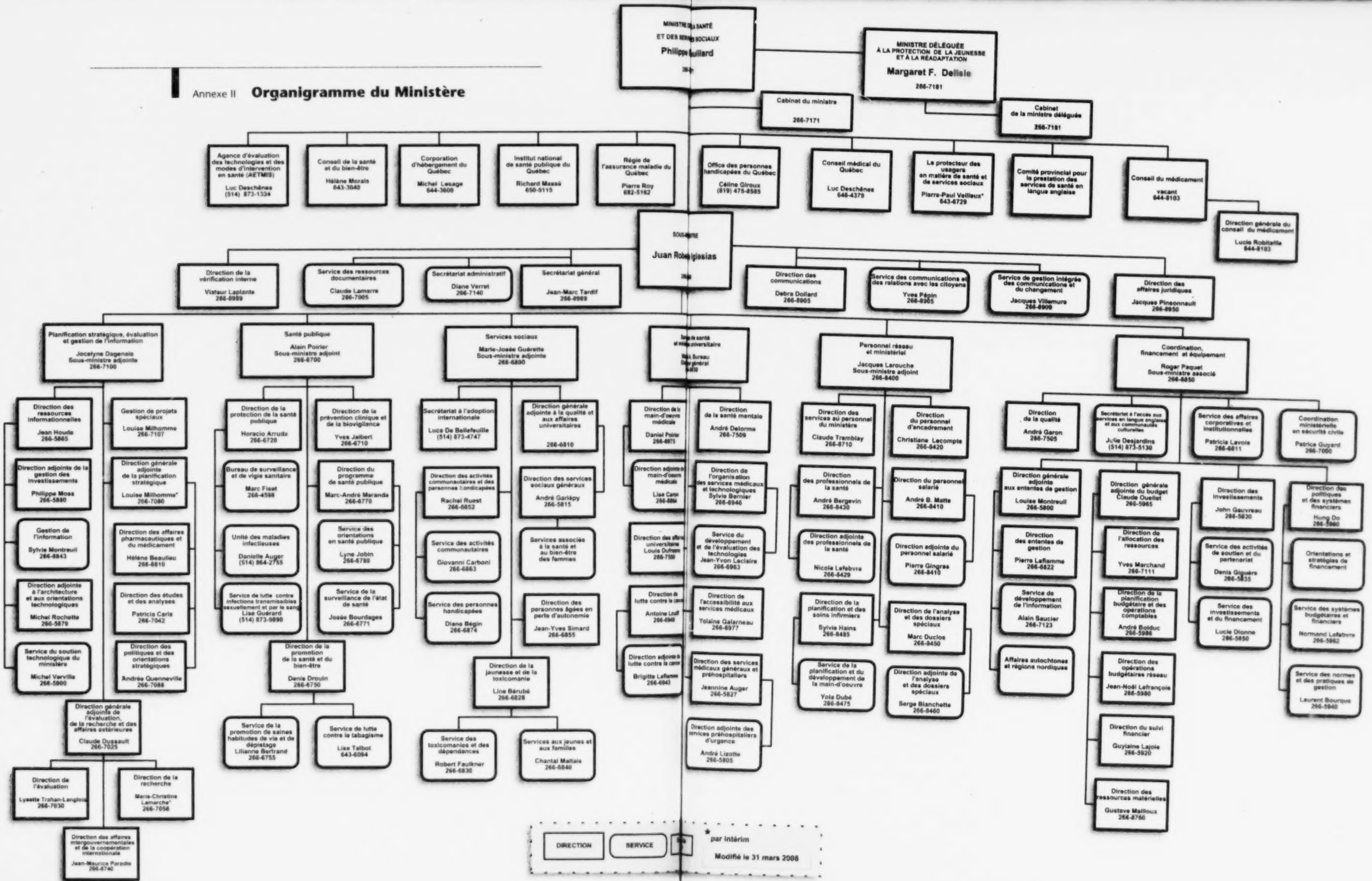
Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2)

Loi sur le tabac (L.R.Q., c. T-0.01)

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (L.R.Q., c. U-0. 1)

Annexe II

Organigramme du Ministère



Annexe III

Organismes placés sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
Président-directeur général : Dr Luc Deschênes

2021, avenue Union, bureau 1040
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : (514) 873-2563
Télécopieur : (514) 873-1369

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a pour mission de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que les instances décisionnelles du système de sante québécois au moyen de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, notamment par l'évaluation de leur efficacité, de leur sécurité, de leurs coûts, et du rapport entre ces coûts et cette efficacité, de même que par l'évaluation de leurs implications éthiques, sociales et économiques. Elle soutient également l'élaboration et la mise en œuvre de la *Politique québécoise de la science et de l'innovation*.

La promotion de l'évaluation, le transfert des connaissances, la formation ainsi que le rayonnement de l'expertise québécoise sont également au cœur de sa mission. Ainsi, l'Agence joue un rôle moteur dans le développement de la culture scientifique au Québec et adhère aux principes directeurs de la politique scientifique du gouvernement du Québec.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications de l'AETMIS peuvent être consultés sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.aetmis.gouv.qc.ca].

Comité permanent de lutte à la toxicomanie
Président : M. Rodrigue Paré

970, rue de Louvain Est
Montréal (Québec) H2M 2E8
Téléphone : (514) 389-6336
Télécopieur : (514) 389-1830

En avril 2005, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) amorçait sa onzième et dernière année de fonctionnement comme organisme dédié à la lutte à la toxicomanie, avec le mandat suivant que lui avait initialement confié le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec :

- procéder chaque année à une analyse de la situation générale au Québec dans le domaine de la toxicomanie et, à cette occasion, décrire notamment l'évolution des déterminants et des méfaits, les nouveaux problèmes engendrés par la toxicomanie et les interventions qu'ils requièrent ;

- à cet égard, conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux au sujet des orientations qui devraient être retenues par le Ministère et les autres acteurs sociaux dans une perspective de santé publique et proposer des priorités d'action ou préciser les domaines d'intervention à privilégier ;
- déterminer les sujets de recherche les plus susceptibles de faire progresser les connaissances et la compréhension des questions liées à la toxicomanie ;
- à la demande du Ministère, formuler des avis sur les questions importantes relatives à la toxicomanie.

Dans la perspective de la restructuration des organismes du gouvernement du Québec, il a été convenu d'abolir le CPLT. À la suite de rencontres et d'échanges avec le Ministère, la date du 31 décembre 2005 fut retenue pour la fin des activités. Les membres du conseil d'administration et le personnel du CPLT ont œuvré durant l'année à examiner les options afin que l'expertise développée puisse continuer de servir, au cours des prochaines années, l'ensemble de la population et les partenaires multisectoriels de la lutte aux dépendances.

Malgré la décision de fermeture, le Comité a maintenu en 2005-2006 ses engagements auprès du gouvernement, de ses partenaires et de la population en poursuivant ses activités de conseil, de transfert des connaissances et de surveillance du phénomène de la toxicomanie.

Voici les principales activités tenues par le CPLT du 1er avril 2005 au 31 décembre 2005 :

- participation du directeur général aux travaux d'élaboration du *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* du gouvernement du Québec ;
- participation à l'organisation du *Congrès Rond-Point 2005* tenu du 11 au 13 avril 2005 ;
- conférence du directeur général le 3 juin 2005 au *Congrès régional de la Montérégie en prévention des toxicomanies* ;
- organisation d'un dîner-conférence sur le thème *L'implication des membres de l'entourage des personnes alcooliques et toxicomanes* à Québec en juin 2005 par Joël Tremblay, Karine Bertrand et Jean-Marc Ménard. Cette activité a réuni 80 personnes.

Le Comité a réalisé trois publications durant la période visée. En mai, il a procédé au lancement du *Portrait statistique des auteurs présumés d'infractions relatives aux drogues et aux stupéfiants au Québec en 2003*, par Michel Germain et Pierre Vaugeois. En juin, deux publications furent lancées, *L'implication des membres de l'entourage des personnes alcooliques et toxicomanes* et *Les membres de l'entourage des personnes alcooliques et toxicomanes : portrait des services au Québec*, de Joël Tremblay, Karine Bertrand et Jean-Marc Ménard.

Toujours dans l'objectif de partager ses connaissances avec le plus grand nombre de personnes possible, le Comité a de plus contribué à plusieurs événements et il a également maintenu un contact régulier avec la population en l'informant à travers les médias de l'évolution de la situation au Québec en matière de toxicomanie. Il a continué jusqu'à sa fermeture d'offrir toutes ses publications gratuitement sur son site Internet, dont la fréquentation a augmenté de près de 20 % au cours de l'année. Le CPLT a fermé ses portes le 31 décembre 2005.

Les membres du conseil d'administration ainsi que le personnel du CPLT remercient sincèrement tous les partenaires qui ont été impliqués de près ou de loin dans la réalisation de sa mission au cours des dernières années.

Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Présidente : M^me^ Marjorie Goodfellow

201, boulevard Crémazie Est, bureau 1.03
Montréal (Québec) H2M 1L2
Téléphone : (514) 873-5130
Télécopieur : (514) 873-9876

Le rôle du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise est demeuré inchangé en 2005-2006. Son mandat est toujours de donner des avis au gouvernement, d'une part, sur la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise et, d'autre part, sur l'approbation, l'évaluation et la modification par le gouvernement de chaque programme d'accès élaboré par une agence conformément à l'article 348 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

La composition du Comité pour la prestation des services en langue anglaise a connu un certain roulement en 2005-2006. Deux membres du Comité ont démissionné au cours de l'année et n'avaient pas été remplacés au 31 mars 2006. Les membres du Comité se sont rencontrés à six reprises au cours de l'exercice 2005-2006 et ont entrepris des démarches afin :

- d'identifier les enjeux actuels concernant la prestation des services en langue anglaise dans les différentes régions de la province en vue de la mise à jour des programmes d'accès aux services en langue anglaise ;
- d'assurer le suivi des programmes d'accès aux services en langue anglaise adoptés en 1999 dans le contexte de la réorganisation des services, avec notamment la création des CSSS et des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ;
- de suivre la conclusion d'une nouvelle entente Canada-Québec en matière de santé et de services sociaux ;
- de suivre l'évolution des mesures visant l'adaptation des services de première ligne en langue anglaise, financées par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Ces mesures touchent trois volets :

  Info-Santé :

  - améliorer l'accès aux services d'Info-Santé pour les personnes d'expression anglaise ;
  - renforcer la capacité d'Info-Santé à fournir aux personnes d'expression anglaise les services dans leur langue ;
  - encourager les personnes d'expression anglaise à utiliser les services d'Info-Santé.

Services adaptés :

- redéployer les ressources afin de mettre à la disposition des CSSS fiduciaires (mission CLSC) des ressources humaines capables de desservir la clientèle d'expression anglaise ;
- éviter l'isolement des personnes issues des communautés d'expression anglaise.

Milieu de vie adapté :

- regrouper du personnel capable de communiquer dans la langue de la minorité d'expression anglaise ;
- constituer des îlots de services en milieu de vie substitut qui sont adaptés pour refléter la culture des communautés d'expression anglaise ;
- encourager et soutenir activement l'engagement des familles et des membres des communautés d'expression anglaise auprès des résidents anglophones ayant eu recours au placement en milieu de vie substitut.

De plus, le Comité a fait parvenir, soit au ministre, soit aux instances ministérielles appropriées, des avis portant sur les documents suivants :

- le cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise ;
- *le Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité;*
- les orientations ministérielles relativement aux critères de certification des résidences privées pour personnes âgées ;
- le plan stratégique triennal du Ministère dans le cadre de l'entente Canada-Québec.

Dans le contexte de la nouvelle configuration du réseau de la santé et des services sociaux, du lancement de la révision des programmes d'accès aux services en langue anglaise ainsi que de la tenue des désignations et élections des membres des conseils d'administration des établissements publics, les membres du Comité provincial croient important que les moyens soient pris afin d'assurer la pleine participation des Québécoises et Québécois d'expression anglaise.

Le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles a poursuivi ses activités en 2005-2006. Il a publié le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Il a assumé le rôle de liaison dans le cadre des projets du Fonds d'adaptation de services de santé primaires et de formation McGill. Il a poursuivi les démarches, en collaboration avec la Direction des affaires intergouvernementales et de la coopération internationale du Ministère, dans le cadre du programme fédéral d'appui aux langues officielles « Vie communautaire ».

Conseil de la santé et du bien-être

Présidente : M^me^ Hélène Morais

1020, route de l'Église, bureau 700
Sainte-Foy (Québec) G1V 3V9
Téléphone : (418) 643-3040
Télécopieur : (418) 644-0654

Le Conseil de la santé et du bien-être a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en fournissant des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, en informant le public, en favorisant des débats et en établissant des partenariats ; ces activités portent sur les objectifs de santé et de bien-être ainsi que sur les meilleurs moyens pour atteindre cette finalité.

Le 16 juin 2005, l'Assemblée nationale a adopté la loi instituant le Commissaire à la santé et au bien-être. Le Ministre a depuis mis en place le processus de nomination du Commissaire qui sera substitué au Conseil de la santé et du bien-être et au Conseil médical du Québec.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications du Conseil peuvent être consultés sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.csbe.gouv.qc.ca].

Conseil du médicament

Président : poste vacant

Directrice générale : M^me^ Lucie Robitaille

1195, avenue Lavigerie
1er étage, bureau 100
Sainte-Foy (Québec) G1V 4N3
Téléphone : (418) 644-8103
Télécopieur : (418) 644-8120

Le Conseil du médicament a pour fonction d'assister le ministre de la Santé et des Services sociaux dans la mise à jour de la Liste de médicaments dont le coût est garanti par le Régime général d'assurance médicaments et la Liste des médicaments-établissements et de favoriser l'utilisation optimale des médicaments. À cette fin, le Conseil peut, notamment, réaliser ou soutenir des activités de revue de l'utilisation des médicaments, proposer l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de formation, d'information et de sensibilisation auprès des professionnels et de la population, ou y contribuer et voir à l'évaluation des problèmes liés à l'utilisation des médicaments et à la mise en place des mesures pour les prévenir et les corriger.

Le Conseil a, en outre, pour fonction de faire au ministre des recommandations sur l'établissement et l'évolution des prix des médicaments ainsi que sur toute autre question que celui-ci lui soumet.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications du Conseil peuvent être consultés sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.cdm.gouv.qc.ca].

Conseil médical du Québec
Président : Dr Luc Deschênes

1020, route de l'Église, 7e étage
Sainte-Foy (Québec) G1V 3V9
Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895

Le Conseil médical du Québec a pour mandat de fournir au ministre de la Santé et des Services sociaux des avis sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte de l'évolution des coûts de ces services, des besoins de la population en cette matière et de la capacité de payer de cette dernière.

Le Conseil médical du Québec sera bientôt intégré à un nouvel organisme, le Commissaire à la santé et au bien-être. Présentement, la Loi sur le Conseil médical du Québec demeure toujours en vigueur et le Conseil continue d'assumer certaines des responsabilités qui lui sont conférées, notamment celles concernant la *Politique des inscriptions dans les programmes de formation médicale postdoctorale* et celles concernant la *Politique triennale des nouvelles inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine*.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications du Conseil peuvent être consultés sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.cmed.gouv.qc.ca].

Corporation d'hébergement du Québec
Président-directeur général : M. Michel L. Lesage

2535, boul. Laurier, 5e étage
Sainte-Foy (Québec) G1V 4M3
Téléphone : (418) 644-3600
Télécopieur : (418) 644-3609

La Corporation d'hébergement du Québec a pour mission d'offrir aux intervenants du secteur de la santé et des services sociaux l'expertise technique, immobilière et financière ainsi que le financement nécessaire à la gestion, la construction, l'entretien et l'acquisition d'immobilisations, d'équipements et d'infrastructures requis dans ce secteur d'activité.

Elle détient, acquiert, administre et loue des immeubles et des biens qui seront utilisés par un établissement ou une agence.

Enfin, la Corporation a aussi pour mission d'assurer l'exécution, à titre de maître d'œuvre, de projets que lui confie le ministre de la Santé et des Services sociaux et de voir au financement, à court et à long terme, des activités relatives aux immobilisations et à la gestion et l'acquisition d'équipements, au profit du secteur de la santé et des services sociaux.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications de la Corporation peuvent être consultés sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.chq.gouv.qc.ca].

Institut national de santé publique du Québec

Président-directeur général : Dr Richard Massé

945, avenue Wolfe
Québec (Québec) G1V 5B3
Téléphone : (418) 650-5115
Télécopieur : (418) 646-9328

L'Institut national de santé publique vise à être le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Son objectif est de faire progresser les connaissances et de proposer des stratégies et des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. L'Institut soutient le ministre, les autorités régionales de santé publique et les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités. Sa mission consiste à :

- contribuer à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population et de ses déterminants ;
- développer de nouvelles connaissances et approches en promotion, prévention et protection de la santé ;
- favoriser le développement de la recherche et de l'innovation en santé publique ;
- fournir des avis et des services d'assistance-conseil ;
- évaluer l'impact des politiques publiques sur la santé de la population ;
- rendre accessible l'expertise en santé publique par des activités de formation continue ;
- assurer des services de dépistage, de laboratoire et de soutien au maintien de la qualité ;
- favoriser l'échange et le transfert des connaissances et la collaboration internationale ;
- contribuer à l'actualisation et au développement du *Programme national de santé publique 2003-2012*.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications de l'Institut peuvent être consultés sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.inspq.qc.ca].

Office des personnes handicapées du Québec

Président : poste vacant

Directrice générale : Mme Céline Giroux

309, rue Brock
Drummondville (Québec) J2B 1C5
Téléphone : 1 800 567-1465
Téléscripteur : 1 800 567-1477
Télécopieur : (819) 475-8753

L'Office des personnes handicapées du Québec a pour mission de veiller au respect des principes et des règles énoncés dans la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale et de s'assurer, dans la mesure des pouvoirs qui lui sont

conférés, que les ministères et leurs réseaux, les municipalités et les organismes publics et privés poursuivent leurs efforts afin d'améliorer les possibilités offertes aux personnes handicapées de s'intégrer et de participer ainsi pleinement à la vie en société.

L'Office veille également à la coordination des actions relatives à l'élaboration et à la prestation des services qui concernent les personnes handicapées et leur famille, favorise et évalue, sur une base collective, l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. En plus de promouvoir leurs intérêts et ceux de leur famille, l'Office les informe, les conseille, les assiste et fait des représentations en leur faveur, sur une base tant individuelle que collective.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications de l'Office peuvent être consultés sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.ophq.gouv.qc.ca].

Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux
Protecteur par intérim : M. Pierre-Paul Veilleux

500, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 6.400
Montréal (Québec) H2Z 1W7
Téléphone : (514) 873-3205
Télécopieur : (514) 873-5665
ATS : (514) 873-0998 ou, sans frais, 1 866 410-0901

500, Grande Allée Est, bureau 102
Québec (Québec) G1R 2J7
Téléphone : (418) 643-6729
Télécopieur : (418) 643-4983
Sans frais : 1 877 658-2625

Le Protecteur des usagers veille, par toute mesure appropriée, au respect des usagers et de leurs droits reconnus dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que dans d'autres lois. Dans le cadre de sa mission, il examine en dernier recours les plaintes qui ont d'abord été examinées par les établissements et, dans certains cas, par les agences. Il doit, si cela s'avère nécessaire, porter assistance aux usagers qui ont besoin d'aide pour toute démarche relative à leur plainte. Le Protecteur peut intervenir de sa propre initiative afin de protéger les clientèles vulnérables, s'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne a été lésée dans ses droits. Enfin, il est de son devoir de s'assurer que la procédure de traitement des plaintes établie par les établissements et les agences est conforme à la loi.

Depuis le 1er avril 2006, le Protecteur du citoyen assume la mission du Protecteur des usagers. Ce rattachement au Protecteur du citoyen, une institution relevant de l'Assemblée nationale, vient confirmer l'importance de préserver l'indépendance de fonction de l'instance qui doit examiner, en dernier recours, les plaintes des usagers et effectuer les interventions nécessaires.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications du Protecteur du citoyen peuvent être consultés sur le site Internet du Protecteur du citoyen, section Archive, à l'adresse suivante : [www.protecteurducitoyen.qc.ca].

Régie de l'assurance maladie du Québec
Président-directeur général : M. Pierre Roy

1125, Grande Allée Ouest
Québec (Québec) G1S 1E7
Téléphone : (418) 646-4636
Sans frais : 1 800 561-9749

La Régie de l'assurance maladie du Québec a pour mission d'administrer le Régime d'assurance maladie et le Régime public d'assurance médicaments, soit une quarantaine de programmes. À cet effet, la Régie :

- informe le public sur les services couverts et les conditions d'accès à ceux-ci ;
- établit l'admissibilité aux régimes et aux autres programmes ;
- assume le coût des services et des biens couverts ;
- contrôle la rémunération versée aux professionnels de la santé ainsi que les paiements ou remboursements faits aux établissements, aux laboratoires ou aux autres dispensateurs de services ;
- conseille le ministre de la Santé et des Services sociaux sur toute question liée à sa mission et à ses mandats ;
- contribue à la recherche dans le domaine de la santé et des services sociaux ;
- publie l'information pertinente sur ses activités, le coût des services payés et la rémunération des professionnels.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications de la Régie peuvent être consultés sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.ramq.gouv.qc.ca].

Santé
et Services sociaux
Québec

www.msss.gouv.qc.ca

04-102-01